



Zdravotně
sociální fakulta
Faculty of Health
and Social Studies

Jihočeská univerzita
v Českých Budějovicích
University of South Bohemia
in České Budějovice

Jihočeská univerzita v Českých Budějovicích

Zdravotně sociální fakulta

Katedra právních oborů, řízení a ekonomiky

Diplomová práce

Náklady na poskytování rehabilitační a
ošetřovatelské péče v pobytových
zařízeních sociálních služeb

Vypracoval: Bc. Andrea Skružná

Vedoucí práce: Ing. Jan Molek, CSc.

České Budějovice 2014

Abstrakt

Diplomová práce s názvem „*Náklady na poskytování ošetrovatelské a rehabilitační péče v pobytových zařízeních sociálních služeb*“ mapuje současnou problematiku při poskytování zdravotní péče v pobytových zařízeních sociálních služeb. Cílem diplomové práce bylo provést analýzu nákladů na poskytování ošetrovatelské a rehabilitační péče v pobytových zařízeních sociálních služeb.

Teoretická část je rozdělena do pěti kapitol. V první kapitole se zabývám sociálními službami v Evropské unii a České republice. Dále popisuji systémem dlouhodobé péče. Druhá kapitola je zaměřená na pobytová zařízení sociálních služeb, jejich rozdělení podle druhů a vymezení jejich základních činností. Ve třetí kapitole popisuji financování pobytových zařízení sociálních služeb, kdy se zabývám popisem jednotlivých finančních zdrojů. Čtvrtá kapitola je zaměřená na zdravotní péči v pobytových zařízeních sociálních služeb. Popisuji v ní autorskou odbornost všeobecné sestry v sociálních službách, seznam výkonů zdravotní péče určené pro tuto odbornost, podmínky pro indikaci zdravotní péče, způsoby úhrady zdravotní péče zdravotními pojišťovnami a kontrolám vykazované zdravotní péče zdravotními pojišťovnami. V poslední kapitole se zabývám problematikou podávání léků per os v pobytových zařízeních sociálních služeb.

Praktická část diplomové práce je tvořena vlastním kvantitativním výzkumem. Je zde popsána metodika sběru dat, dále je zde charakterizován výzkumný soubor a popis realizace výzkumu. Výsledky získaných dat byly zpracovány ve dvou kapitolách, kdy jsem pomocí tabulek a grafů statisticky popsala strukturu uživatelů zařízení a následně zdravotní péči, která byla uživatelům poskytnuta. Posléze byla vypracována diskuze nad získanými výsledky.

Výzkumné šetření bylo provedeno v Domově důchodců Roudnice nad Labem (dále jen „zařízení“) v listopadu 2013, kdy data byla sbírána za období od 18.11.2013 do 24.11.2013. Zařízení poskytuje svým uživatelům sociální službu domova pro seniory a sociální službu domova se zvláštním režimem. V době šetření bylo v zařízení 129

uživatelů, z nichž 95 byla poskytována zdravotní péče prostřednictvím vlastních zdravotních pracovníků zařízení.

Pro diplomovou práci byly stanoveny dvě hypotézy. Hypotéza č. 1 zní: Počet zdravotních pracovníků v pobytových zařízeních sociálních služeb odpovídá časové náročnosti praktickým lékařem indikované zdravotní péče. Hypotéza č. 2 zní: Podávání léčebné terapie per os, kterou indikuje praktický lékař, je nejčastěji poskytovanou zdravotní péčí u uživatelů pobytových zařízeních sociálních služeb. Obě hypotézy byly provedeným výzkumem potvrzeny.

Význam výsledků diplomové práce spatřuji především v tom, že nastínily, jak je v současné době poskytována zdravotní péče v pobytových zařízeních sociálních služeb. Zpracované výsledky poskytované zdravotní péče by pak mohly sloužit jako jeden z podkladů při tvorbě návrhu přechodu financování zdravotní péče v pobytových zařízeních sociálních služeb z modelu výkonového na paušální model. Práce by mohla být dále použita jako podklad pro školení zdravotních pracovníků pobytových zařízeních sociálních služeb v oblasti indikace, poskytování a vykazování zdravotní péče u uživatelů pobytových zařízení sociálních služeb.

Klíčová slova:

Pobytová zařízení sociálních služeb

Zdravotní péče

Zdravotní pracovník

Dlouhodobá péče

Abstract

The dissertation themed “*Costs of providing nursing and rehabilitation care in institutions of social services.*” maps out current issues in provision of health care in the residential facilities of social services. The dissertation focused on analysis of expenses for provision of nursing and rehabilitation care in residential facilities of social services.

The theory part is divided into five chapters. In the first chapter, I deal with the social services in the European Union and in the Czech Republic. Further, I describe the system of long-term care. The second chapter focuses on residential facilities of the social services, their division by types and specification of their basic activities. In the third chapter, I describe funding of the residential facilities of the social services, where I focus on description of each funding source. The fourth chapter is focused on health care in the residential facilities of the social services. I describe author’s expertise of general nurse in the social services, the list of tasks of health care for the expertise, conditions for indication of health care, the ways for payments of health care by health insurance companies, and audits of the reported health care conducted by the health insurance companies. The last chapter deals with the issues related to *per os* administration of drugs in the residential facilities of the social services.

The practical part of the dissertation consists of my own quantitative research. Described is methodology for data collection; in addition, the research set is characterized, and the research implementation description is given. Results of obtained data were processed in two chapters where structure of users of facilities as well as health care provided to the user was described in a statistical way using tables and graphs. Thereafter, discussion on results obtained was made.

The research survey was performed in Senior House in Roudnice nad Labem (hereinafter referred to as “the facility”) in November 2013, where data was collected for period from 18 to 24 November 2013. The facility provides social service of senior house and social service of a house with a special regime to its users. At the moment of the research, there were 129 users, of which 95 received health care from health care

employees of the facility.

Two hypotheses were defined for the dissertation. The hypothesis No. 1 is: The number of health care professionals in the residential facilities of the social services corresponds to time demands for health care indicated by a general practitioner. The hypothesis No. 2: Administration of medical therapy *per os* as indicated by a general practitioner is the most frequent health care service provided to the users of the residential facilities of the social services. The research confirmed both hypotheses.

I can see importance of results of the dissertation particularly in that they outlined how the medical care in the residential facilities of the social services is currently provided. The processed results of the provided health care could then serve as one of the grounds in making a draft for transition of funding of the health care in the residential facilities of the social services from performance-based to flat-based model. The dissertation could also be used as the grounds for training of health care professionals of the residential facilities of the social services in the field of indication, provision, and reporting of health care provided to users of the residential facilities of the social services.

Keywords:

Residential facilities of the social services

Health care

Health care professional

Long-term care

Prohlášení

Prohlašuji, že svoji diplomovou práci jsem vypracovala samostatně pouze s použitím pramenů a literatury uvedených v seznamu citované literatury.

Prohlašuji, že v souladu s § 47b zákona č. 111/1998 Sb. v platném znění souhlasím se zveřejněním své diplomové práce, a to – v nezkrácené podobě – v úpravě vzniklé vypuštěním vyznačených částí archivovaných fakultou – elektronickou cestou ve veřejně přístupné části databáze STAG provozované Jihočeskou univerzitou v Českých Budějovicích na jejich internetových stránkách, a to se zachováním mého autorského práva k odevzdanému textu této kvalifikační práce. Souhlasím dále s tím, aby toutéž elektronickou cestou byly v souladu s uvedeným ustanovením zákona č. 111/1998 Sb. zveřejněny posudky školitele a oponentů práce i záznam o průběhu a výsledku obhajoby kvalifikační práce. Rovněž souhlasím s porovnáním textu mé kvalifikační práce s databází kvalifikačních prací Theses.cz provozovanou Národním registrem vysokoškolských kvalifikačních prací a systémem na odhalování plagiátů.

V Českých Budějovicích dne 15.08.2014

.....

(jméno a příjmení)

Poděkování

Ráda bych touto cestou poděkovala Ing. Janu Molkovi, CSc. za vedení mé diplomové práce, doc. Ing. Ladislavu Průšovi, CSc. za poskytnuté informace a čas věnovaný mi během konzultací, MUDr. Liboru Světovi, MBA za objasnění nejasností týkajících se úhrad zdravotní péče zdravotními pojišťovnami a Mgr. Daniele Petrášové za pomoc při sběru dat během terénního šetření.

Obsah

Úvod	10
1 Současný stav.....	11
1.1 Sociální služby v Evropské unii a České republice.....	11
1.1.1 Systém dlouhodobé péče	13
1.2 Pobytová zařízení sociálních služeb.....	15
1.2.1 Druhy pobytových zařízení sociálních služeb a jejich základní činnosti ...	15
1.3 Financování pobytových zařízení sociálních služeb	19
1.3.1 Platby uživatelů sociálních služeb	20
1.3.2 Příspěvek na péči.....	22
1.3.3 Státní dotace	24
1.3.4 Platby z veřejného zdravotního pojištění	27
1.3.5 Finanční zdroje z Evropské unie	29
1.4 Zdravotní péče poskytovaná v pobytových zařízeních sociálních služeb.....	31
1.4.1 Všeobecná sestra v sociálních službách	32
1.4.2 Seznam výkonů zdravotní péče poskytované v pobytových zařízeních sociálních služeb.....	34
1.4.3 Podmínky pro indikaci zdravotní péče v pobytových zařízeních sociálních služeb.....	38
1.4.4 Úhrada zdravotní péče zdravotními pojišťovny	39
1.4.5 Kontrola vykazované zdravotní péče zdravotními pojišťovny	41
1.5 Problematika podávání léků per os v pobytových zařízeních sociálních služeb...	43
2 Cíl práce a hypotézy	46
2.1 Cíl práce	46
2.2 Hypotézy	46
2.3 Operacionalizace pojmů.....	46
3 Metodika	47
3.1 Aplikované metody a techniky.....	47
3.2 Charakteristika výzkumného souboru	47

3.3 Realizace výzkumu	48
4 Výsledky.....	49
4.1 Popisná statistika	49
4.1.1 Struktura uživatelů	49
4.1.2 Poskytovaná zdravotní péče	68
5 Diskuze.....	80
6 Závěr	88
7 Seznam použitých zdrojů	90
8 Klíčová slova.....	97
9 Přílohy.....	98

Úvod

Každý občan České republiky, který je pojištěncem zdravotní pojišťovny, má právo na poskytnutí přiměřené bezplatné zdravotní péče. Jeli péče poskytovaná ve zdravotnických zařízeních, připadá nám zcela přirozená a potřebná. Jeli ovšem zdravotní péče poskytována uživatelům v pobytových zařízeních sociálních služeb, množí se otázky, zdali poskytovaná zdravotní péče není nadbytečná, zdali by úkony poskytované zdravotní péče nezastali pracovníci v sociálních službách a mnohé další.

V současné době není v České republice legislativně upraveno souběžné poskytování zdravotní a sociální péče. Ministerstvo práce a sociálních věcí České republiky a Ministerstvo zdravotnictví České republiky shodně řadu let tvrdí, že je zapotřebí tuto problematiku řešit, že hledají společnou řeč, společnou cestu, společné řešení. Doposud se jim ovšem nepodařilo nalézt společné řešení a tak v praxi k žádným změnám nedošlo.

Demografický vývoj nejen u nás, ale i v ostatních zemí jednoznačně ukazuje, že obyvatelstvo stárne. Je zde tedy oprávněný předpoklad, že poroste poptávka po službách zdravotně sociální péče. Se zvyšujícím počtem seniorů v populaci naroste i počet osob, které budou potřebovat pomoc jiné osoby. Navíc se domnívám, že nelze u těchto osob oddělovat uspokojování jejich sociálních potřeb od potřeb, které jsou odůvodněné jejich aktuálním zdravotním stavem. Především s ohledem na tyto skutečnosti je zapotřebí vyřešit problematiku souběhu poskytování zdravotní a sociální péče.

Řešení této problematiky jistě není jednoduché. Nepopíratelným faktem ovšem zůstává, že danou problematikou je zapotřebí se intenzivně zabývat, přejít od slovům k činům a nalézt řešení, které povede k vytvoření fungujícího systému zdravotně sociální péče včetně stabilního a transparentního systému jejího financování.

Cílem mé diplomové práce je provést analýzu nákladů na poskytování ošetrovatelské a rehabilitační péče v pobytových zařízeních sociálních služeb.

1 Současný stav

1.1 Sociální služby v Evropské unii a České republice

Služby obecně lze rozlišit na služby tržní a netržní. Služby tržní lze na trhu směnit za peníze. Služby netržní jsou rozdělovány pomocí netržních mechanismů. Lze je charakterizovat jako určitou výhodu, která je důsledkem sociálního a ekonomického prostředí. Služby netržní může poskytovat nezisková organizace nebo veřejná správa jako služby obecního zájmu (9).

Evropská unie zahrnuje do sociálních služeb i služby zdravotnické. Naproti tomu v České republice je souběžné poskytování zdravotní a sociální péče dlouhodobým problémem, který doposud nebyl vyřešen. Jedná se o situaci specifickou pro Českou republiku. V jiných zemích Evropské unie je provázanost obou oblastí naprostou samozřejmostí.

Sociální služby v Evropské unii lze je rozdělit na následující skupiny:

- a) Zákonné a doplňkové systémy sociální ochrany – jsou spojené se základními sociálními událostmi a jejich možnými riziky (nemoc, stáří, pracovní úraz, nezaměstnanost, důchod, zdravotní postižení),
- b) Služby poskytované přímo osobě – mají preventivní charakter. Jejich cílem je ochránit plnění základních lidských práv, dosažení integrace nebo zabránění exkluze osob, kterým je služba poskytována. Služby jsou určeny:
 - a. osobám nacházející se v akutní krizové situaci,
 - b. osobám, u kterých je potřeba rozvíjet jejich schopnosti a dovednosti, které usnadní jejich integraci,
 - c. osobám se zdravotním postižením nebo onemocněním,
 - d. znevýhodněným osobám nebo sociálním skupinám, kterým poskytuje tzv. sociální bydlení (69).

V České republice jsou sociální služby chápány v podstatně užším smyslu, nežli je tomu v Evropské unii. Sociální služby jsou v České republice součástí tzv. sociální pomoci. Vedle sociálních služeb patří do systému sociální pomoci ještě finanční a věcné dávky, které náleží lidem nacházející se ve stavu hmotné nouze (27).

Sociální služby v České republice jsou v současné době upraveny zákonem č. 108/2006 Sb., o sociálních službách, v platném znění, který vstoupil v platnost 1.1.2007. Mezi základní funkce systému sociálních služeb patří funkce aktivizační, ochranná, koordinační, kompenzační a preventivní (2). Sociální služby lze poskytovat ve formě ambulantní, terénní nebo pobytové. Dle výše uvedeného zákona sociální služby zahrnují sociální poradenství, služby sociální péče, služby sociální prevence.

Sociální poradenství upravuje § 37 zákona č. 108/2006 Sb., o sociálních službách, v platném znění. Dělí se na základní a odborné. Základní sociální poradenství poskytují všechny sociální služby. Poskytnuté informace mají za cíl nalézt osobám řešení jejich nepříznivé sociální situace. Odborné poradenství je zaměřeno na konkrétní problematiku uživatelů, kterým je služba určena (např. manželská poradna, poradna pro seniory) (66).

Služby sociální péče upravuje § 38 zákona č. 108/2006 Sb., o sociálních službách, v platném znění. Služby sociální péče jsou určeny osobám se stabilizovaným zdravotním stavem. Cílem těchto služeb je rozvíjet fyzickou a psychickou soběstačnost uživatele, která povede k jeho navrácení se do jeho přirozeného prostředí. U uživatelů, jejichž zdravotní stav neumožňuje návrat do přirozeného prostředí, je povinností služby zajistit jim důstojné prostředí a zacházení (9).

Služby sociální prevence jsou upraveny § 53 zákona č. 108/2006 Sb., o sociálních službách, v platném znění. Cílem služeb sociální prevence je zamezení sociální exkluze u osob v nepříznivé sociální situaci (9).

Podle Kozlové stát, samospráva nebo nestátní subjekty při poskytování sociálních služeb významně ovlivňují sociální klima v celé společnosti. Sociální služby umožňují osobám se znevýhodněním aktivně participovat na všech stránkách života společnosti (22). Všeobecně se sociální služby poskytují osobám, které jsou určitým způsobem společensky znevýhodněné. Svou činnost mohou sociální služby zaměřovat

na řešení problémů jednotlivce, rodiny či určité skupiny osob. Mezi hlavní cíle při jejich poskytování patří zlepšení kvality života uživatelů, jejich maximálně možné začlenění do života běžné společnosti, případně minimalizovat potenciaální rizika, která by mohla být způsobena uživateli (27).

Dle Tomeše by měly být sociální služby určené osobám, které se nacházejí v takové sociální situaci, kde ani poskytnutí finančních prostředků neuspokojí jejich potřeby (51).

1.1.2 Systém dlouhodobé péče

V zemích OECD (Organizace pro hospodářskou spolupráci a rozvoj) je zaveden systém dlouhodobé péče, který nese název long-term care. Tjadens a Colombo uvádějí, že dlouhodobá péče v sobě spojuje péči ošetrovatelskou s poskytováním pomoci při zvládání tzv. instrumentálních denních aktivit Tyto činnosti lze označit jako komplexní aktivity, které umožní člověk žít ve své domácnosti (50). OECD definuje dlouhodobou péči jako komplex služeb určených osobám, které jsou dlouhodobě závislé na pomoci jiné osoby při zvládání základních sebeobslužných aktivit (40).

Od akutně poskytované zdravotní péče se liší dlouhodobá péče především v tom, že je zaměřená na péči o osoby s chronickým onemocněním (52). Dalšími osobami, na které se systém dlouhodobé péče zaměřuje, jsou osoby se zdravotním postižením ať už fyzického nebo mentálního charakteru (40).

I přesto, že značnou část dlouhodobé péče mohou zastat rodinní příslušníci, je zapotřebí, aby každá země OECD měla vytvořený systém profesionálních služeb dlouhodobé péče. U rodinných příslušníků, kteří pečují o osoby ve vysokém stupni závislosti na péči jiné fyzické osoby, dochází k nežádoucím dopadům na jejich sociální situaci, zdravotní stav a jejich postavení na trhu práce (39). Při koncepci dlouhodobé péče je potřeba operovat s řadou faktorů spojených především s vývojem věku dožití,

zdravotní stavem osob a vládní politikou (52). V zemích OECD se nadále řeší způsoby financování dlouhodobé péče. Důvodem je především předpokládaný nárůst osob starších 80 let ze 4%, které představovali z celkové populace v roce 2010, na téměř 10% v roce 2050 (39).

Válková, Holmerová a Korejsová uvádějí, že k impulzu o rozvoji dlouhodobé péče došlo v České republice až v roce 2008. Do té doby sice odborníci nepopírali potřebnost řešit tuto otázku, ale v praxi žádný posun nenastal (53). Autorky při vytváření systému dlouhodobé péče dále odkazují na aktivní (enabling) model péče o populaci starší 65 let, který vychází ze systému dlouhodobé péče ve Švédsku a Anglii. Dle tohoto modelu pak péče o seniory probíhá v pobytovém zařízení typu long-term care, semimurálně, kdy je péče poskytována kombinovaně prostřednictvím komunitních center v přirozeném prostředí seniora, a formou domácí péče, kdy je současně poskytována terénní zdravotně sociální služba (54).

Ministerstvo práce a sociálních věcí České republiky (dále jen „MPSV“) vytvořilo tři možné varianty financování dlouhodobé péče. První varianta předpokládá transformaci lůžek dlouhodobě nemocných a ošetřovatelských lůžek na lůžka dlouhodobé péče dle modelu long-term care. Pak by mohla dojít k přesunu na vícezdrojové financování, kdy zdroje financí by pocházeli ze zdravotních pojišťoven, MPSV a od samotného klienta. Druhá varianta do výše uvedené transformace zahrnuje ještě lůžka interní a psychiatrická. Vychází přitom ze skutečnosti, že u 20% hospitalizovaných se jedná o skrytou sociální hospitalizaci. Výhodou obou variant je, že k jejich zavedení postačí malá úprava stávající legislativy. Třetí varianta pro financování dlouhodobé péče předpokládá zavedení povinného zdravotně sociálního pojištění. Pojištění by vzniklo oddělením určitého procenta ze zdravotního a sociálního pojištění, kdy se výše odhaduje na 2%. Musela by se vytvořit sociální pojišťovna, která by následně financovala dlouhodobou zdravotně sociální péči (31).

1.2 Pobytová zařízení sociálních služeb

Hlavními zásadami při poskytování jakýchkoli sociálních služeb je individuální přístup a komplexní péče. Důležitost této otázky narůstá především v pobytových zařízeních sociálních služeb, kdy je potřeba, aby uživatel v zařízení pocítil krátkodobou, dlouhodobou případně trvalou náhradu domova.

Jentschke Stöcklová uvádí, že: *„rezidenční péče je nezastupitelnou součástí sociálních služeb. Ve společnosti vždy byly, jsou a budou osoby, které potřebují rezidenční péči.“* (20, s.2).

V současné době nadále narůstá poptávka po sociálních službách poskytovaných v pobytových zařízeních. Jako hlavní příčiny lze označit zvyšující se průměrnou délku dožití a s ní související narůstající míra závislosti osob na pomoci jiné osoby (45).

Sociální služby jsou poskytovány na základě uzavřené smlouvy mezi poskytovatelem a uživatelem. Poskytovatel má právo neuzavřít smlouvu s potenciálním uživatelem sociálních služeb pouze v případě, že má plnou kapacitu, neposkytuje služby požadované možným uživatelem, nevyhovující zdravotní stav potencionálního uživatele a v případě, že uživateli již byla vypovězena smlouva o poskytování stejné služby v době kratší šesti měsíců z důvodu jeho porušování povinností, které mu z dohody vyplývají (69).

1.2.1 Druhy pobytových zařízení sociálních služeb a jejich základní činnosti

Zákon č. 108/2006 Sb., o sociálních službách, rozlišuje pobytová zařízení sociálních služeb poskytující služby sociální péče a na služby sociální prevence.

Poskytovatelé sociálních služeb mají povinnost pro své uživatele zajistit základní činnost, které jim přesně stanovuje zákon č. 108/2006 Sb., o sociálních

službách, v platném znění. Blíže se zaměříme na služby sociální péče, jelikož právě jim výše uvedený zákon ukládá za povinnost zabezpečit svým uživatelům zdravotní péči.

Pobytová zařízení sociálních služeb poskytující služby sociální prevence

- a) Azylové domy,
- b) Domy na půl cesty,
- c) Zařízení pro krizovou pomoc,
- d) Nízkoprahová zařízení pro děti a mládež,
- e) Noclehárny,
- f) Služby následné péče,
- g) Terapeutické komunity,
- h) Intervenční centra,
- i) Zařízení následné péče (66).

Pobytová zařízení sociálních služeb poskytující služby sociální péče

- a) **Týdenní stacionáře** jsou určeny osobám se zdravotním postižením, seniorům a osobám s chronickým psychiatrickým onemocněním, které jsou závislé na pomoci jiné fyzické osoby. Uživatelům je služba poskytována během pracovních dnů. Během víkendů a státních svátků se vrací do svého přirozeného prostředí. (36). Mezi základní činnosti této služby patří poskytnutí ubytování a stravy, pomoc při osobní hygieně nebo poskytnutí podmínek pro osobní hygienu, pomoc při zvládnutí běžných úkonů péče o vlastní osobu, výchovné vzdělávací a aktivizační činnosti, zprostředkování kontaktu se společenským prostředím, sociálně terapeutické činnosti, pomoc při uplatňování práv, oprávněných zájmů a při obstarávání osobních záležitostí (66).
- b) **Domovy pro osoby se zdravotním postižením** poskytují své služby osobám se sníženou soběstačností z důvodu zdravotního onemocnění a s tím související

potřeba pomoci jiné fyzické osoby. Služba je poskytována celoročně (4). Služba poskytuje činnosti v oblasti ubytování a stravy, pomoc při osobní hygieně nebo poskytnutí podmínek pro osobní hygienu, pomoc při zvládnání běžných úkonů péče o vlastní osobu, výchovné vzdělávací a aktivizační činnosti, zprostředkování kontaktu se společenským prostředím, sociálně terapeutické činnosti, pomoc při uplatňování práv, oprávněných zájmů a při obstarávání osobních záležitostí (66).

- c) **Domovy pro seniory** se zaměřují na osoby, které mají sníženou schopnost péče o vlastní osobu z důvodu věku. Tato dlouhodobá pobytová služba je poskytována celoročně (36). Svým uživatelům zajišťuje poskytnutí ubytování a stravy, pomoc při osobní hygieně nebo poskytnutí podmínek pro osobní hygienu, pomoc při zvládnání běžných úkonů péče o vlastní osobu, aktivizační činnosti, zprostředkování kontaktu se společenským prostředím, sociálně terapeutické činnosti, pomoc při uplatňování práv, oprávněných zájmů a při obstarávání osobních záležitostí (66).
- d) **Domovy se zvláštním režimem** je sociální službou zaměřující se na péči o osoby s chronickým duševním onemocněním, se závislostí na návykových látkách, osobám se stařeckou demencí, Alzheimerovou chorobou či ostatními typy demencí. Poskytovaná péče se striktně odvíjí od specifik dané cílové skupiny uživatel, kteří mohou služby využívat celoročně (36). Mezi základní činnosti služby patří poskytnutí ubytování, poskytnutí stravy, pomoc při osobní hygieně nebo poskytnutí podmínek pro osobní hygienu, pomoc při zvládnání běžných úkonů péče o vlastní osobu, výchovné, vzdělávací a aktivizační činnosti, zprostředkování kontaktu se společenským prostředím, sociálně terapeutické činnosti, pomoc při uplatňování práv, oprávněných zájmů a při obstarávání osobních záležitostí (66).
- e) **Chráněné bydlení** je určené osobám, které z důvodu zdravotního postižení mají sníženou schopnost soběstačnosti, ale nevyžadují celodenní péči poskytovanou jinou fyzickou osobou (36). Základní činnosti této služby jsou poskytnutí stravy nebo pomoc při jejím zajištění, poskytnutí ubytování, pomoc při zajištění chodu domácnosti, výchovné, vzdělávací a aktivizační činnosti, zprostředkování kontaktu se společenským prostředím, sociálně terapeutické činnosti, pomoc při uplatňování práv, oprávněných zájmů a při obstarávání osobních záležitostí (66).

f) **Sociální služby poskytované ve zdravotnickém zařízení ústavní péče** se zaměřuje na osoby, jejichž stav již nevyžaduje ústavní zdravotní péči, ale v důsledku jejich zdravotního stavu se ještě neobejdou bez pomoci jiné fyzické osoby. Péče je jim poskytována na přechodnou dobu, než se jim zajistí péče jiné fyzické osoby případně jiné pobytové zařízení sociálních služeb (27). Služba je povinna zajistit poskytnutí ubytování a stravy, pomoc při osobní hygieně nebo poskytnutí podmínek pro osobní hygienu, pomoc při zvládnání běžných úkonů péče o vlastní osobu, výchovné vzdělávací a aktivizační činnosti, zprostředkování kontaktu se společenským prostředím, sociálně terapeutické činnosti, pomoc při uplatňování práv, oprávněných zájmů a při obstarávání osobních záležitostí (66).

1.3 Financování pobytových zařízení sociálních služeb

V současné době jsou v České republice všechny sociální služby financovány vícezdrojově. Dle Molka jsou pro pobytová zařízení sociálních služeb zdrojem financí tři hlavní pilíře. Jedná se o platby uživatelů sociálních služeb, státní dotace a platby z veřejného zdravotního pojištění (30). Jeřábková s Průšou řadí mezi hlavní pilíře ještě samostatně příspěvek na péči (21).

Sociální služby mají i další možnosti, jak získat finanční prostředky. Jednou z možností je vedlejší hospodářská činnost, jako je např. pronájem nebytových prostor, výroba stravy. V dalších případech se jedná např. o dary, příspěvky zřizovatele, ostatní granty (17).

Průša a Horecký hodnotí současnou podobu financování sociálních služeb jako neefektivní. Jako zásadní vnímají dominantní postavení státu, který zákony chrání uživatele sociálních služeb. Tím, že určují poskytovatelům maximální možnou výši plateb, kterou mohou požadovat po svých uživatelích, je staví do pozice, kdy jsou závislí na státních dotacích, na jejichž přiznání ovšem nemají právní nárok. Zdroje financování tak vnímají jako nahodilé, netransparentní a nesystémové (46).

Čtvrtník s Lejsalem nabízí tři možné varianty způsobů financování sociálních služeb v České republice. První variantu nazývají parametrickou, která vychází ze stávajícího systému financování a taxativně vymezených druhů a forem sociálních služeb. Subsidiární varianta navazuje na předchozí legislativní rámec. Pravomoc rozhodování o rozdělení dotací MPSV je přenesena na kraje. Autoři se domnívají, že by bylo možné tuto pravomoc přenést zcela na úroveň obcí. Tato varianta klade důraz především na kvalitu sociálních služeb a stabilitu jejich financování. Umožňuje úpravy systému v návaznosti na potřeby cílových skupin uživatelů. Třetí potencionální variantu pojmenovali reformní. Tato varianta vychází z předpokladů, že by došlo k propojení financování a potřeb cílových skupin uživatelů, a došlo by k odstranění taxativně vymezených druhů sociálních služeb (2).

Český statistický úřad zpracoval v roce 2013 Projekci vývoje obyvatelstva

České republiky 2013-2100, kde předpokládají, že v roce 2100 vzroste podíl osob nad 65 let z dnešních 16,8% na 32,5% (38). Vzhledem k těmto údajům je zde předpoklad, že financování sociálních služeb bude v budoucnu ještě komplikovanější.

Potůček se domnívá, že je nezbytné, aby došlo ke změně financování sociálních služeb na politické úrovni. Možné řešení by podle něj bylo v přijetí strategie, která by se zaměřovala na obnovu a podporu veřejného sektoru a veřejných služeb. Díky alokacím dalších prostředků by tak mohlo být dostatek míst v pobytových zařízeních sociálních služeb. Současně s vyšším počtem míst pro uživatele by vznikly i další pracovní místa. Jako další možné řešení vidí v zavedení povinného pojištění určené na zdravotně sociální péči. Pojištění by směřovalo k těm lidem, kteří v důsledku svého zdravotního stavu již nezvládají péči o sebe sama (41). Jentschke Stöcklová uvádí, že MPSV považuje za důležité zabývat se problematikou dlouhodobého efektivního fungování sociálních služeb a to především s ohledem na předpokládaný demografický vývoj v České republice (20).

Hanuš sděluje, že MPSV se již v současné době věnuje otázce řešení financování sociálních služeb a to především těch, které poskytují služby sociální péči. Právě služby sociální péče jsou nejvíce náročné na finanční prostředky jak veřejné, tak i soukromé. Dále uvádí, že bude provedena studie na základě výstupů z nezávislé analýzy „Využití soukromých zdrojů v systému financování sociálních služeb“. Předpokládaný termín realizace studie je rok 2016 (13).

1.3.1 Platby uživatelů sociálních služeb

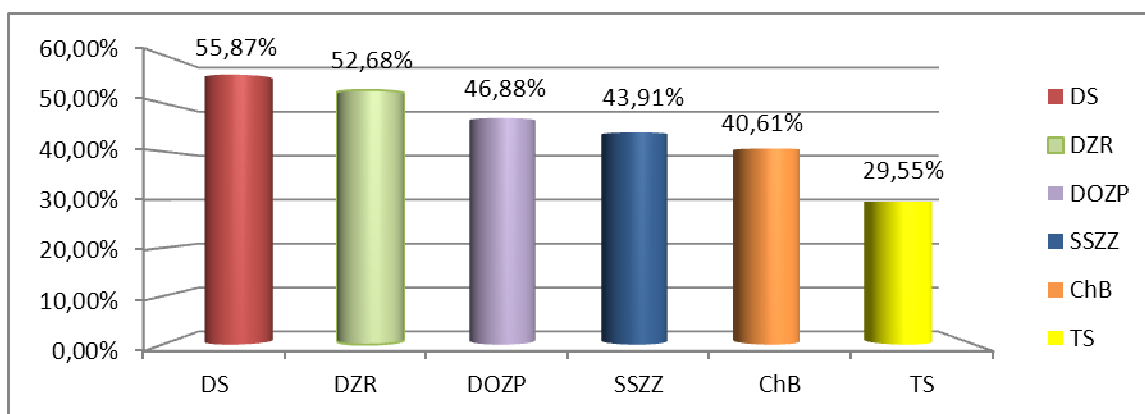
Významným zdrojem příjmu pro pobytová zařízení sociálních služeb jsou přímé platby od uživatelů. Uživatel sociálních služeb si tím financuje náklady na poskytovanou službu.

V roce 2009 se tento zdroj financí podílel na celkových nákladech v domovech

pro seniory 55,87% (12 712 Kč měsíčně), v domovech se zvláštním režimem 52,68% (14 580 Kč měsíčně), v domovech pro osoby se zdravotním postižením celkem 46,88% (13 911 Kč měsíčně), v sociálních službách poskytovaných ve zdravotnických zařízeních 43,91% (12 757 Kč měsíčně), v chráněném bydlení 40,61% (6 363 Kč měsíčně) a v týdenním stacionáři 29,55% (7 120 Kč měsíčně) (44).

V grafu č. 1 jsou kromě nákladů na poskytnutou službu zahrnuty i příspěvky na péči, které náležely pobytovým zařízením sociálních služeb. Z uvedených hodnot je patrné, že pro všechna pobytová zařízení sociálních služeb, kromě týdenních stacionářů, představují úhrady uživatelů a příspěvek na péči hlavní zdroj jejich financování.

Graf č. 1: Podíl plateb uživatelů na celkových příjmech sociálních služeb v roce 2009



Zdroj: Vlastní zpracování dle Průša L., Ekonomická efektivita zajišťování péče o příjemce příspěvku na péči. Praha: VÚPSV, 2013, s. 18

Úhrada nákladů na poskytnutou službu slouží k zaplacení činností, které jsou uvedeny ve smlouvě o poskytování sociální služby, kterou uživatel uzavírá s poskytovatelem. Nezbytné náležitosti této smlouvy upravuje zákon č. 108/2006 Sb., o sociálních službách, v platném znění, v § 91 odst. 2).

Výše úhrady je limitovaná zákonem č. 108/2006 Sb., o sociálních službách, v platném znění. Uživatelé pobytových zařízení sociálních služeb musí zůstat alespoň 15% z jeho příjmů, uživatelé týdenního stacionáře alespoň 25% z jeho příjmů (66).

V případě, že uživatelův důchod je nízký a nestačí tak na pokrytí nákladů, má poskytovatel možnost získat chybějící částku od rodinných příslušníků. Ovšem pro rodinné příslušníky je placení nedoplatku zcela dobrovolné. Průša a Horecký vidí možné řešení v zavedení tzv. doplňkových dávek. Argumentují tím, že pokud stát určuje poskytovatelům limity, je zapotřebí označit toho, kdo bude povinen nedoplatek uhradit. Jako možné zdroje pro úhradu nedoplatku označují právě rodinné příslušníky, využití movitého i nemovitého majetku uživatele, nebo prostřednictvím státních samosprávních rozpočtů (46).

Současná právní úprava určuje uživateli hradit náklady spojené s poskytováním ubytování a stravy. Vyhláška č. 505/2006 Sb., se kterou se provádějí některá ustanovení zákona o sociálních službách, v platném znění, stanovuje maximální výše těchto úhrad. Ve všech typech pobytových zařízeních sociálních služeb je maximální výše úhrady za poskytnuté ubytování 200 Kč za den, za celodenní stravování 160 Kč za den a za samotný oběd 75 Kč (58). Úkony, které jsou zahrnuty v platbě za ubytování, jsou vyjmenovány ve výše uvedené vyhlášce. Spadají sem například i provozní náklady spojené s praním ložního prádla či s úklidem. Uvedené limity platí pouze pro sociální služby, jejímž poskytovatelem je nezisková organizace. Služba je tedy chápána jako veřejný statek. Je-li služba poskytována ziskovou organizací, je výše úhrady plně odvislá od individuální dohody mezi poskytovatelem a uživatelem. Takováto služba je pak chápána jako standartní tržní produkt (30).

1.3.2 Příspěvek na péči

Příspěvek na péči byl zaveden od 1.1.2007, kdy vstoupil v platnost zákon č. 108/2006 Sb., o sociálních službách. Příspěvek na péči představuje jedinou peněžitou dávku systému sociálních služeb. Je koncipován jako tzv. dotace na hlavu (51). Účelem jeho zavedení bylo dát lidem možnost výběru poskytovatele sociálních služeb dle jejich

preferencí a individuálních potřeb. Umožňuje osobě se samostatně rozhodnout, jakými způsoby docílí uspokojení svých potřeb. Směřuje-li příspěvek na péči ke konkrétní osobě, dochází tím také k lepší alokaci veřejných prostředků (30). Zavedením příspěvku na péči se stát snažil nastartovat proces deinstitucionalizace, jejímž cílem je individualizovaná péče (69).

Příspěvek na péči je financován ze státního rozpočtu. Rozhoduje o něm krajská pobočka Úřadu práce. Sociální pracovník Úřadu práce také provádí kontrolu využívání příspěvku na péči (9).

Poskytuje se osobám, které vyžadují pomoc jiné fyzické osoby při zvládnutí základních životních potřeb. Schopnosti zvládat základní životní potřeby se posuzují v oblasti mobility, orientace, komunikace, stravování, oblékání a obouvání, tělesná hygiena, výkon fyzických potřeb, péče o zdraví, osobní aktivity a péče o domácnost. Příloha č. 1 vyhlášky MPSV č. 505/2006 Sb. stanovuje konkrétní způsob hodnocení jednotlivých oblastí (66). Nemožnost člověka zvládat úkony o vlastní osobu musí být zapříčiněny dlouhodobým nepříznivým stavem. Příspěvek na péči neslouží k financování jiné odborné pomoci jako je např. péče zdravotní (43).

Výše příspěvku na péči se v současné době liší u osob mladších 18 let a u osob starších 18 let.

Za kalendářní měsíc činní výše příspěvku na péči osobě do 18 let věku:

- a) I stupeň (lehká závislost) – 3.000 Kč,
- b) II stupeň (středně těžká závislost – 6.000 Kč,
- c) III stupeň (těžká závislost) – 9.000 Kč,
- d) IV stupeň (úplná závislost – 12.000 Kč (35).

Za kalendářní měsíc činní výše příspěvku na péči osobě starší 18 let:

- a) I stupeň (lehká závislost) – 800 Kč,
- b) II stupeň (středně těžká závislost – 4.000 Kč,
- c) III stupeň (těžká závislost) – 8.000 Kč,
- d) IV stupeň (úplná závislost – 12.000 Kč (35).

Rozhodne-li se člověk stát se uživatelem pobytového zařízení sociálních služeb, náleží příspěvek na péči v celé své výši tomuto poskytovateli sociální služby jako úhrada za péči. Toto stanovuje § 73 zákona č. 108/2006 Sb., o sociálních službách, v platném znění (21). Týdenním stacionářům náleží maximálně 75% přiznaného příspěvku na péči (44).

Podíl příspěvku na péči na celkových příjmech pobytových zařízení sociálních služeb za rok 2009 je uveden v grafu č. 1, kde jsou společně započítány i platby uživatelů za poskytnutou službu.

1.3.3 Státní dotace

Jednotlivé kraje zpracovávají střednědobí plán rozvoje sociálních služeb. V souladu s ním je pak krajům uložena povinnost zajistit dostupnost při poskytování sociálních služeb na svém území. V souvislosti s touto povinností je podle § 101 zákona č. 108/2006 Sb., o sociálních službách, v platném znění, krajům poskytnuta účelová dotace ze státního rozpočtu, která slouží k financování běžných výdajů, které vznikají při poskytování základních druhů a forem sociálních služeb (44). Dotace tvoří významnou část veškerých příjmů sociálních služeb. Celková výše dotace se tak stává nepostradatelnou složkou rozpočtu sociální služby (32).

Takto získané finanční prostředky mají neinvestiční charakter. Mohou být poskytnuty sociálním službám, které mají místní nebo regionální působnost (69). V návaznosti na vypracovaný střednědobí plán poskytování sociálních služeb kraj přidělí poskytovateli sociálních služeb finanční prostředky. Ty jsou určeny k financování běžných výdajů souvisejících s poskytováním sociální služby. Na dotace nevzniká nikomu právní nárok (33).

O dotace pro rok 2014 mohli žádat poskytovatele sociálních služeb ve dvou programech. Jeden nesl název Program podpory A, který byl určen na podporu a rozvoj

sociálních služeb poskytovaných na místní či regionální úrovni. Druhý s názvem Program podpory B byl určen pro sociální služby s celostátní nebo nadregionální působností (33).

Z financí z dotace lze hradit osobní a provozní náklady. Osobní náklady smí být uhrazeny na zaměstnance, kteří zajišťují činnost zařízení (např. vedoucí, administrativní a provozní zaměstnanci) a na ty, kteří v sociálních službách poskytují odbornou činnost dle § 115 zákona o sociálních službách, v platném znění. Osobní náklady zahrnují i odvody na sociální a zdravotní pojištění, jež za své zaměstnance hradí zaměstnavatel. Za provozní náklady lze považovat nákupy drobného dlouhodobého nehmotného majetku, spotřeba materiálu a využití služby (např. energie, nájemné, telefony, právní služby) (33).

Žádost o dotace musí obsahovat identifikační údaje o poskytovateli sociálních služeb, o sociální službě, na kterou je dotace žádána, a čestné prohlášení (33).

Pro přidělení peněžitých prostředků ze státních dotací jsou stanovena určitá kritéria. Posuzuje se poptávka po daném druhu sociálních služeb v kraji, náklady v rámci státního rozpočtu, počet registrovaných poskytovatelů sociálních služeb a výše požadavků na konkrétní služby (26). Při určování výše státní dotace se přihlíží i k výši financí získaných z ostatních zdrojů, tedy z úhrad od uživatele, přiznané výše příspěvku na péči uživatelů služby, případná výše úhrady zdravotní pojišťovny za poskytnutou zdravotní péči a výše příspěvků poskytovaných službě z rozpočtů samospráv (33).

Mezi základní principy dotační politiky se řadí princip rovných podmínek pro všechny poskytovatele a všechny příjemce veřejných služeb, efektivního vynakládání veřejných prostředků, primárního důrazu na kvalitu poskytovaných služeb, transparentního a stabilního systému financování (69).

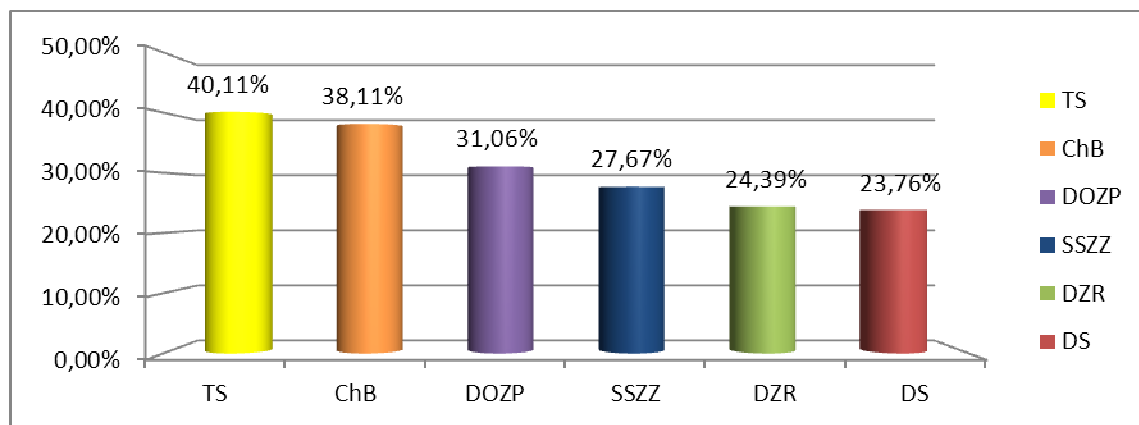
Poskytovatele sociálních služeb mohou žádat MPSV i o účelové dotace za státního rozpočtu dle § 104 zákona č. 108/2006 Sb., o sociálních službách, v platném znění. Takovéto dotace jsou určené na hrazení běžných výdajů, které vznikají při poskytování sociálních služeb. Dotace jsou určené pro sociální služby s celostátní nebo neregionální působností. Je možné s nimi uhradit činnosti, které mají rozvojový charakter. Takovouto činností se rozumí další vzdělávání pracovníků, zvyšování kvality

sociálních služeb, zpracování plánů krajů a obcí, týkající se rozvoje sociálních služeb. O účelové dotace je možné žádat i v případě mimořádné situace zapříčiněnou např. živelnou pohromou nebo ekologickou havárií (69).

Dle Shejbala činní objem požadovaných dotací pro poskytovatele sociálních služeb v roce 2014 10,1 miliard Kč. Finanční prostředky určené na dotace pro rok 2014 dosahují výše 7,4 miliard Kč. MPSV žádá navýšení finančních prostředků určených na dotace pro rok 2015 na 8 miliard Kč (48).

V pobytových zařízeních sociálních služeb tvořily dotace přiznané MPSV z celkových nákladů v roce 2009 na jednoho uživatele v týdenním stacionáři 40,11% (9 665 Kč měsíčně), v chráněném bydlení 38,11% (5 972 Kč měsíčně), v domovech pro osoby se zdravotním postižením celkem 31,06% (9 217 Kč měsíčně), v sociálních službách poskytovaných ve zdravotnických zařízeních 27,67% (8 039 Kč měsíčně), v domovech se zvláštním režimem 24,39% (6 750 Kč měsíčně), v domovech pro seniory 23,76% (5 406 Kč měsíčně) (44).

Graf č. 2: Podíl dotací od MPSV na celkových příjmech sociálních služeb v roce 2009



Zdroj: Vlastní zpracování dle Průša L., *Ekonomická efektivita zajišťování péče o příjemce příspěvku na péči*. Praha: VÚPSV, 2013, s. 19

1.3.4 Platby z veřejného zdravotního pojištění

Pro pobytová zařízení sociálních služeb představují platby z veřejného zdravotního pojištění důležitý zdroj pro financování poskytované zdravotní péče.

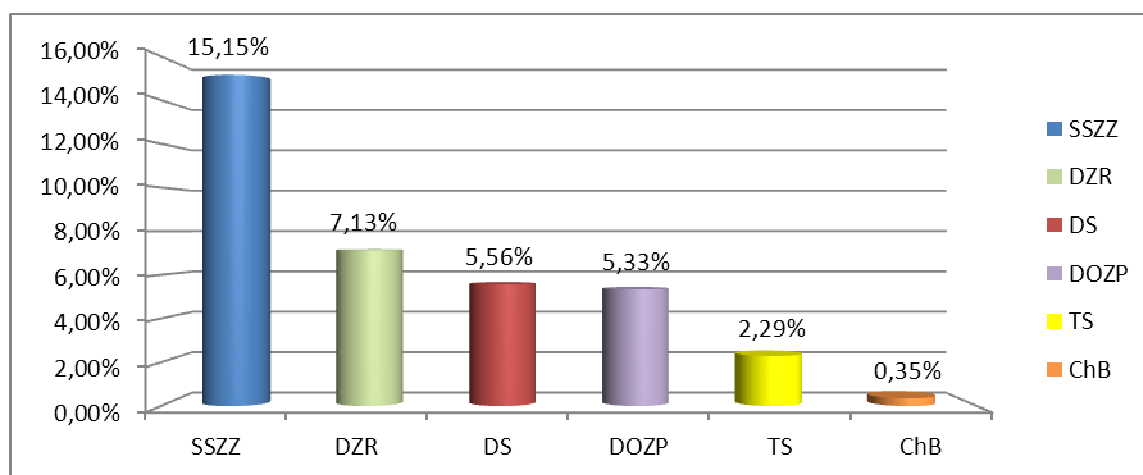
Z veřejného zdravotního pojištění je zdravotní péče poskytovaná v pobytových zařízeních sociálních služeb hrazena tehdy, má-li poskytovatel uzavřenou zvláštní smlouvu se zdravotní pojišťovnou. Uzavření zvláštní smlouvy stanovuje § 17a zákona č. 109/2006 Sb., kterým se mění některé zákony v souvislosti s přijetím zákona o sociálních službách, v platném znění. Zdravotním pojišťovnám tak vzniká povinnost, proplácet zdravotní péči, která je poskytována jejich pojištěncům, jež jsou uživateli pobytových zařízení sociálních služeb (67).

V současné době je poskytnutá zdravotní péče proplácená na základě tzv. výkonového modelu. Výhody výkonového modelu spatřuje Průša především v tom, že při dodržení všech pravidel podává poměrně objektivní obraz o rozsahu a objemu zdravotní péče poskytované uživateli v návaznosti na jeho aktuální zdravotní stav. Další výhodou je spojení modelu s tlakem na kvalitu poskytované péče. Naopak mezi nevýhody výkonového modelu řadí jeho značnou míru chybnosti, která je způsobená prací s velkým množstvím dat, motivaci k nadprodukcí dodatečných výkonů a především v tom, že je tento model velice administrativně náročný (45). Výkonový způsob proplácení zdravotní péče je kritizován i jinými odborníky. Hlavními argumenty pro kritiku tohoto způsobu proplácení je fakt, že zdravotním pojišťovnám poskytuje příležitost ke zřetelnému omezování lékařem ordinované zdravotní péče (44). Mnozí poskytovatelé se ohrazují proti výši plateb, které jsou hrazeny zdravotními pojišťovnami. Stejně úkony provedené ve zdravotnickém zařízení nebo prostřednictvím domácí péče, jsou hrazeny lépe než totožná zdravotní péče poskytovaná v pobytových zařízeních sociálních služeb (23).

Platby z veřejného zdravotního pojištění představovaly v roce 2009 z celkových příjmů v sociálních službách poskytovaných ve zdravotnických zařízeních 15,15% (4 401 Kč měsíčně), v domovech se zvláštním režimem 7,13% (1 973 Kč měsíčně),

v domovech pro seniory 5,56% (1 265 Kč měsíčně), v domovech pro osoby se zdravotním postižením 5,33% (1 582 Kč měsíčně), v týdenních stacionářích 2,29% (552 Kč měsíčně), v chráněných bydlení 0,35% (55 Kč měsíčně) (viz. graf č. 3) (44).

Graf č. 3: Podíl plateb zdravotních pojišťoven na celkových příjmech sociálních služeb v roce 2009



Zdroj: Vlastní zpracování dle Průša L., *Ekonomická efektivita zajišťování péče o příjemce příspěvku na péči*. Praha: VÚPSV, 2013, s. 22

Z výše uvedených údajů vyplývá, že úhrady zdravotních pojišťoven za poskytnutou zdravotní péči ve všech typech pobytových zařízeních sociálních služeb představují nejmenší zdroj získávání finančních prostředků z hlavních pilířů jejich financování.

Ze strany poskytovatelů jsou dlouhodobě kritizovány výše úhrad zdravotní péče zdravotními pojišťovnami. Považují je za nedostatečné. Kaplan uvádí, že nízké úhrady zdravotní péče v pobytových zařízeních sociálních služeb, jsou způsobené hned několika příčinami. Jako historicky první označuje situaci, kdy v České republice vznikalo veřejné zdravotní pojištění a transformovalo se zdravotnictví. Tehdejší ústavy sociální péče se transformace neúčastnily. Jako důvody neaktivity ústavů sociálních služeb označuje neznalost či neochotu jejich poskytovatelů, lživé výklady platné legislativy ze strany Všeobecné zdravotní pojišťovny České republiky (dále jen „VZP

ČR“) a velmi laxní přístup úředníků MPSV a Ministerstva zdravotnictví. Úředníci Ministerstva zdravotnictví následně zaujali postoj, že poskytnutá zdravotní péče v pobytových zařízeních sociálních služeb se až na výjimky nehradí ze systému veřejného zdravotního pojištění. Toto přesvědčení v mnohých přetrvává ještě nyní. Až v roce 2006 na základě judikatury došlo k vytvoření současného systému úhrady zdravotní péče, který je mnohými odborníky a poskytovateli označován za demotivující a diskriminační. I přesto, že poskytovatelé sociálních služeb tehdy navrhovali paušální platby, byly zvoleny platby výkonové. Kaplan se domnívá, že v důsledku výše uvedeného vznikaly názory, které u mnohých přetrvávají do dnešního dne, že ošetrovatelská péče v sociálních službách není potřebná a že zdravotní sestry plně nahradí pracovníci v sociálních službách (18).

Hanuš k problematice výše úhrady zdravotní péče uvádí, že její řešení není v kompetenci MPSV. Ovšem danou problematikou se zabývají, kdy diskutují společně s Ministerstvem zdravotnictví nad otázkou, jak problematiku financování zdravotní péče v pobytových zařízeních sociálních služeb řešit. Dále sděluje, že: *„zastáváme názor, že každá poskytnutá zdravotní péče, která je řádně vykázána a zdokumentována, má být plně proplacena z prostředků veřejného zdravotního pojištění. Není tedy důvod, proč by měl rezort MPSV doplácet poskytovanou zdravotní péči.“* (13, s.2).

1.3.5 Finanční zdroje z Evropské unie

Dalším možným zdrojem pro získání finančních prostředků na poskytování všech sociálních služeb jsou fondy Evropské unie. Konkrétně je možné čerpat finanční prostředky z Evropského sociálního fondu (9).

V letech 2007 až 2013 bylo možné žádat o finanční prostředky z Operačního programu Lidské zdroje a zaměstnanost. Celková alokace za období 2007 až 2013 činila 2,1 miliard €. Operační program lidské zdroje a zaměstnanost byl rozdělen do 5 oblastí

nazývaných prioritními osami. Pro oblast sociálních služeb bylo možné žádat finanční prostředky z prioritní osy 3 s názvem Sociální integrace a rovné příležitosti, zejména oblasti 3.1 Podpora sociální integrace a sociálních služeb a 3.2 Podpora sociální integrace příslušníků romské lokality (34). V oblasti Podpory sociální integrace a sociálních služeb bylo celkem 2963 registrovaných žádostí. Schváleno jich bylo 867 (6). V oblasti Podpory sociální integrace příslušníků romské lokality bylo celkem registrovaných žádostí 389, ze kterých se 117 žádostí schválilo (7).

Pro období 2014 až 2020 je možné z Evropského sociálního fondu čerpat finanční prostředky z Operačního programu Zaměstnanost, konkrétně z Prioritní osy 2 Sociální začleňování a boj s chudobou (47). Jeden z hlavních cílů této osy se vztahuje ke zdravotnickým a sociálním službám veřejného zájmu, u kterých má dojít ke zlepšení jejich dostupnosti a kvality (9).

1.4 Zdravotní péče poskytovaná v pobytových zařízeních sociálních služeb

Poskytovatelé pobytových sociálních služeb v týdenních stacionářích, domovech pro osoby se zdravotním postižením, domovech pro seniory a v domovech se zvláštním režimem jsou povinni zabezpečit svým uživatelům zdravotní péči. Tuto povinnost jim stanovuje § 36 zákona č. 108/2006 Sb., o sociálních službách, v platném znění. (66).

Pobyťová zařízení sociálních služeb mohou zdravotní péči zajistit prostřednictvím vlastních zdravotních pracovníků, popřípadě s využitím jiného zdravotnického zařízení. Prošková uvádí, že druhý způsob zajištění zdravotní péče by měl být preferován pouze u takových poskytovatelů sociálních služeb, kde poskytování zdravotní péče je pouze ojedinělé a zaměstnávání zdravotnického personálu by tak bylo pro poskytovatele značně neefektivní. V ostatních případech uvádí, že: „*zákonodárce však jednoznačně preferuje zajištění ošetrovatelské a rehabilitační péče vlastními zaměstnanci*“ (43, s. 36).

V roce 2012 proběhla diskuze nad tzv. technickou novelou zákona o sociálních službách. Mimo jiné se v ní jednalo i o odstranění případně o přeformulování výše uvedeného paragrafu. Jedním z uváděných argumentů byl ten, že poskytování zdravotní péče pro uživatele pobytových zařízení sociálních služeb, je již upraveno v jiných právních předpisech. Deklaratorní upravení poskytování zdravotní péče pro uživatele pak umožňuje zdravotním pojišťovnám zaujmout takové stanovisko, že poskytnutá zdravotní péče má být hrazena i z jiných prostředků než z plateb zdravotních pojišťoven (23).

Hradí-li se lékařem ordinovaná, tudíž opodstatněná, zdravotní péče z jiných prostředků, lze se domnívat, že je takovéto jednání v rozporu s Listinou základních práv a svobod, která ve svém slánku č. 31 garantuje občanům právo na ochranu zdraví a poskytnutí bezplatné zdravotní péče hrazené z veřejného zdravotního pojištění (9).

Zdravotní péče, která je poskytována uživatelům pobytových zařízení sociálních služeb, je hrazena z veřejného zdravotního pojištění. Toto ustanovuje § 22 zákona č. 48/1997 Sb., o veřejném zdravotním pojištění, v platném znění, kdy takto

poskytovaná zdravotní péče spadá do kategorie zvláštní ambulantní péče (68).

V současné době může pobytové zařízení sociálních služeb zvolit ze tří možností, jak zajistit zdravotní péči pro své uživatele. První možnost je prostřednictvím odbornosti 911, kdy péči zajišťuje praktický lékař ve své ambulanci prostřednictvím své všeobecné sestry. Další možností je využít odbornosti 925 tedy všeobecnou sestrou domácí zdravotní péče. Třetí možností je poskytovat zdravotní péči prostřednictvím odbornosti 913 tedy všeobecné sestry v sociálních službách (42). Tato možnost je poskytovateli pobytových zařízení sociálních služeb nejvíce využívaná, proto se budu dále věnovat pouze odbornosti 913.

1.4.1 Všeobecná sestra v sociálních službách

Nároky kladené v dnešní době na pozici všeobecné sestry se od dob Florence Nightengalové výrazně změnily. Jejich činnost se již nezaměřuje jen na přímou péči o člověka. Všeobecné sestry v současnosti musí značnou část své kariéry věnovat tvorbě ošetrovatelského procesu, administrativě, zvyšování kvalifikace či povinnosti celoživotně se vzdělávat (70). Všeobecné sestry tvoří jakýsi spojovací můstek mezi pacientem a lékařem. Důležitost této pozice narůstá právě v pobytových zařízeních sociálních služeb, kam lékař povětšinou dochází 1-2krát v týdnu. Je tedy především na všeobecné sestře v sociálních službách, aby posoudila zdravotní stav uživatele a patřičně na něj reagovala. Nemá možnost okamžité konzultace stavu s lékařem jako sestra pracující v nemocnici.

Zákon č. 96/2006 Sb., o nelékařských zdravotnických povoláních a navazujících prováděcích vyhláškách, v § 4 přiděluje všeobecné sestře v sociálních službách odbornost 913. Úkolem spojeným s touto odborností je *„poskytování zdravotní péče pojištěncům v pobytových zařízeních sociálních služeb a ve zdravotnických zařízeních ústavní péče pojištěncům, kteří jsou v nich umístěni z jiných než zdravotních*

důvodů“ (16, s. 5).

V současné době se stále více pozornosti věnuje otázce potřebnosti či nepotřebnosti všeobecných sester v sociálních službách. Vzhledem k tomu, že péče poskytovaná uživatelům v pobytových zařízeních sociálních služeb má být komplexní, nelze z ní odejmout odborně poskytovanou zdravotní péči. U seniorů, osob se zdravotním postižením či u osob s chronickým duševním onemocněním nelze oddělit uspokojování jejich sociálních potřeb od potřeb, které vyžaduje jejich zdravotní stav.

Horecký uvádí, že *„zdravotní sestry měly, mají a budou, resp. musí mít v pobytových zařízeních sociálních služeb své nenahraditelné místo.“* (19, s. 38). VZP ČR považuje úplné odstranění pozice všeobecných sester v sociálních službách za krok zpět, který by vedl ke zhoršení kvality poskytovaných služeb. Dodávají, že činnost sestry v pobytových zařízeních sociálních služeb nemusí být hrazená pouze z veřejného zdravotního pojištění. Dle jejich právního výkladu je možné žádat dotace od MPSV. Vodička uvádí, že pobytová zařízení sociálních služeb, která propouští všeobecné sestry, se zároveň zříkají možnosti čerpat finanční prostředky z veřejného zdravotního pojištění. Pobytová zařízení sociálních služeb mohou vykázat poskytnutou zdravotní péči pouze v takovém časovém rozsahu, který odpovídá danému úvazku všeobecných sester (56).

Všeobecné sestry v pobytových zařízeních sociálních služeb mají poskytovat úkony zdravotní péče o uživatele. Úhrady těchto úkonů ovšem nejsou zdravotními pojišťovnami propláceny v takové výši, aby jimi byly pokryté mzdové náklady spojené s touto profesí (42). Svět označuje odbornost 913 za dlouhodobě velmi výrazně podfinancovanou. Není možné tak náklady na poskytovanou zdravotní péči uhradit pouze prostřednictvím veřejného zdravotního pojištění (49). Zdravotní pojišťovny ovšem uvádějí, že náplní všeobecné sestry v sociálních službách není pouze poskytování těchto úkonů. Podílejí se i na úkonech přímé obslužné péče. Takovéto činnosti jsou ovšem součástí poskytované sociální služby, takže je nelze hradit ze systému veřejného zdravotního pojištění, i když jsou poskytované všeobecnou sestrou (55).

1.4.2 Seznam výkonů zdravotní péče poskytované v pobytových zařízeních sociálních služeb

Odbornost 913 všeobecná sestra v sociálních službách je určena pro vykazování ošetrovatelské péče poskytované v pobytových zařízeních sociálních služeb. Vyhláška Ministerstva zdravotnictví České republiky č. 472/2009 Sb. Odbornost 913 – všeobecná sestra v sociálních službách stanovuje konkrétní úkony, jejich časovou dispozici, frekvenci a materiálové kódy. Všechny úkony zdravotní péče se musí na zdravotní pojišťovnu vykazovat jako minimálně 10 minutové výkony (26).

Zdravotní výkony v autorské odbornosti 913 se dělí na dva kódy pracovní, deset kódů materiálových a dva kódy bonifikační (42). Všechny výkony jsou bodově ohodnoceny. Hodnota jednoho bodu pro rok 2013 byla stanovena ve výši 0,90 Kč.

06611 Zavedení nebo ukončení odborné zdravotní péče, administrativní činnost sestry

Aby mohl ošetřující lékař naordinovat poskytování dalších zdravotních úkonů, je nezbytné zpracovat krátkodobý ošetrovatelský plán. Výkon 06611 je právě určen pro získání informací nezbytných ke zpracování krátkodobého ošetrovatelského plánu.

Plán se vyhotovuje při přijetí nového uživatele do pobytových zařízení sociálních služeb, kterému je indikována komplexní ošetrovatelská péče ať již krátkodobého nebo dlouhodobého charakteru. Ošetrovatelský plán je potřeba vyhotovit i u stávajícího uživatele, jehož zdravotní stav nově vyžaduje indikaci zdravotní péče.

Všeobecná sestra v sociálních službách získá informace provedením komplexního posouzení zdravotního stavu uživatele. Vyhotovený ošetrovatelský plán je následně předkládán ke schválení ošetřujícímu lékaři. Tomuto výkonu je stanovena časová dotace 60 minut (16).

06613 Ošetrovatelská intervence

Výkon s kódem 06613 slouží především k proplacení času všeobecné sestry v sociálních službách, který stráví při výkonu lékařem indikovaných ostatních materiálových zdravotních výkonů (16). Časová dispozice tohoto výkonu je 10 minut. V průběhu dne lze tento výkon opakovat. Maximální časová dotace je ovšem 240 minut za den (59). Procházka uvádí, že výkon ošetrovatelské intervence je nejvíce poskytovanou zdravotní péčí v pobytových zařízeních sociálních služeb. Z celkového objemu poskytnuté péče se jedná o 85-94% (42).

06621 Komplex – odběr biologického materiálu, event. orientační vyšetření biologického materiálu

Výkon 06621 může být lékařem ordinován jednorázově. V případě potřeby opakovaných odběrů biologického materiálu musí lékař přesně stanovit frekvenci a časové období odběrů (59). Lze jej vykázat společně s pracovním kódem 06613.

06623 Aplikace léčebné terapie i.m., s.c., i.v.

Obsah zdravotního výkonu s kódem 06623 byl s účinností od 1.1.2012 změněn vyhláškou č. 411/2011 Sb., kterou se mění vyhláška č. 134/1998 Sb. (60). Jeho dřívější název byl Aplikace léčebné terapie p.o., i.m., s.c., i.v., UV, eventuálně další způsoby aplikace terapie či instilace léčiv.

Tento výkon se vykazuje společně s pracovním kódem 06613. Nezbytné je prokázat, že výkon trval nejméně 10 minut a byl při něm spotřebován materiál. Výkon může být lékařem ordinován jednorázově, případně opakovaně s jasně stanovenou frekvencí a období (59).

06625 příprava a aplikace ordinované infuzní terapie za účelem zajištění hydratace, dodání léčebných a energetických zdrojů, léčby bolesti

Výkon 06625 taktéž vyžaduje ordinaci lékařem a to buď jednorázovou, případně opakující se s jasně stanovenou frekvencí a období. Vykazuje se společně s pracovním

kódem 06613. Jeho časová dotace je 30 minut. Všeobecná sestra v sociálních službách musí během tohoto výkonu taktéž kontrolovat zdravotní stav uživatele (16).

06627 Aplikace inhalační terapie, oxygenoterapie

Ošetřující lékař smí indikovat výkon 06627 maximálně 10 opakování. V případě, že zdravotní stav uživatele vyžaduje delšího trvání této terapie, musí být ordinována ambulantním specialistou. Lze jej vykazovat společně s pracovním kódem 06613 (66).

06629 Péče o ránu

Pro indikace výkonu 06629 je nezbytné přesně specifikovat, o jaký druh defektu se jedná. Zaznamenávat proces hojení defektu musí jak ošetřující lékař, tak všeobecná sestra v sociálních službách. Výkon se vykazuje společně s kódem 06613 (16).

06631 Komplex – klyzma, laváže, ošetření permanentních katetrů a zavádění permanentních katetrů u žen

Do ošetření permanentních močových katetrů nepatří vypouštění moče ze sběrného sáčku. Výkonem se rozumí komplexní péče, jehož součástí je zavedení, fixace, kontrola průchodnosti a kontrola moči ve sběrném sáčku. Laváží se pro účely tohoto kódu rozumí výplach močového měchýře ženy (16).

06633 Zavádění nasogastrické sondy

Dle Seznamu zdravotnických výkonů pro odbornost 999 je doba trvání zavedení nasogastrické sondy 5 minut. Z tohoto důvodu nelze vykazovat společně s kódem 06613, kde je nezbytná doba trvání zdravotnického úkonu 10 minut (25).

06635 Komplex – vyšetření stavu pacienta přístrojovou technikou, ošetření kožních lézí přístrojovou technikou

Kód 06635 neslouží pro vykazování měření fyziologických funkcí, jako je měření krevního tlaku, pulsu a tělesné teploty. Aby mohl být kód 06635 ošetřujícím

lékařem indikován, je zapotřebí, aby zařízení mělo alespoň jeden funkční EKG přístroj, glukometr nebo spirometr. Pro použití přístrojové techniky k ošetřování kožních lézí je nezbytné doporučení ambulantního specialisty (25).

06637 Nácvik a zaučování aplikace inzulínu

Výkon 06637 lze ordinovat maximálně na 14 dnů. Na jedno rodné číslo lze vykázat pouze jedenkrát za život. Denně lze výkon vykázat maximálně třikrát, kdy doba jednoho je stanovena na 30 minut. Lze jej tedy vykazovat s pracovním kódem 06613. Povinností všeobecné sestry v sociálních službách je uživatele seznámit s projevy onemocnění, jeho možnými akutními i chronickými komplikacemi a zásadami správné životosprávy (16).

06639 Ošetření stomií

Indikace výkonu 06639 je podmíněná sníženou soběstačností uživatele, stavu stomie a jejího okolí. Lze vykazovat s pracovním kódem 06613. Lékař musí určit přesnou frekvenci ošetřování stomie (25).

06645 Bonifikační kód za práci zdravotní sestry od 22.00 do 6.00

Tímto výkonem jsou bonifikovány ošetrovatelské intervence výkonu 06613 v době od 22.00 do 6.00. Ošetrovatelské intervence v této době musí být řádně opodstatněné. Výkon lze vykázat maximálně šestkrát za den (16).

00649 Bonifikační kód za práci sestry v době pracovního volna nebo pracovního klidu

Kód je určen pro zhodnocení ošetrovatelské intervence provedené o víkendech a o státních svátcích. Kód lze vykázat maximálně 18krát za den (16).

1.4.3 Podmínky pro indikaci zdravotní péče v pobytových zařízeních sociálních služeb

Poskytovatel pobytových sociálních zařízení musí uzavřít s příslušnými zdravotními pojišťovnami svých uživatelů smlouvu, ve které mimo jiné dojde k nasmlouvání jednotlivých zdravotnických výkonů. Haluza upozorňuje, že účastníci smluvního vztahu mají rovnoprávné postavení. Smlouva tak musí být akceptována všemi účastníky. Apeluje tak na poskytovatele, aby nepodléhali tlaku zdravotních pojišťoven. Motivuje poskytovatele, aby se při uzavírání smluv se zdravotními pojišťovnami využili pomoci Asociace poskytovatelů sociálních služeb ČR. Cílem takového jednání je sjednotit postoj všech poskytovatelů, který by vedl k oslabení „diktátu“ zdravotních pojišťoven (11).

Aby pobytová zařízení sociálních služeb byla oprávněná žádat příslušné zdravotní pojišťovny o proplacení poskytnuté zdravotní péče, musí dle VZP ČR splnit následující podmínky:

- a) Zdravotní péče musí být poskytována pojištěncům na základě ordinace jejich praktického lékaře, který má smluvní vztah s danou zdravotní pojišťovnou.
- b) Mohou ji vykonávat pouze zaměstnanci zařízení, kteří splňují odbornou způsobilost k výkonu zdravotnického povolání dle zákona č. 96/2004 Sb., o nelékařských zdravotnických povoláních, v platném znění,
- c) Zdravotní péče byla poskytnuta v rozsahu výkonů stanovených pro tuto péči (63).

Oprávně indikovat zdravotní péči v pobytových zařízeních sociálních služeb je pouze praktický lékař. Ten určuje, komu má být zdravotní péče poskytnuta a v jakém časovém rozsahu. Nelékařský zdravotní pracovník není kompetentní k tomu, aby jakkoli měnil nebo upravoval lékařem stanovenou zdravotní péči (24).

Praktický lékař indikaci zdravotní péče zaznamenává na tzv. formulářu ORP. ORP je zkratka pro ošetrovatelskou a léčebně rehabilitační péči, která je poskytována

v pobytových zařízeních sociálních služeb. Všeobecné sestry v sociálních službách musí převzít pouze řádně vyplněný formulář ORP, který obsahuje všechny náležitosti. Ošetřující lékař sem zaznamenává požadovaný zdravotnický výkon, četnost a frekvenci poskytování výkonu. Požadovaný zdravotnický výkon musí být řádně medicínsky opodstatněn. Nesmí se jednat o činnost, která je považována za základní činnost dle zákona č. 108/2006 Sb., o sociálních službách, v platném znění. Zdravotní výkon lze předepsat maximálně na dobu tří měsíců (62).

1.4.4 Úhrada zdravotní péče zdravotními pojišťovkami

System výpočtu úhrady poskytnuté zdravotní péče v pobytových zařízeních sociálních služeb pro rok 2014 stanovuje vyhláška č. 428/2013 Sb., o stanovení hodnot bodu, výše úhrad hrazených služeb a regulačních omezení pro rok 2014, která hodnotu bodu stanovuje ve výši 0,90 Kč, kdy fixní složka je ve výši 0,40 Kč (61). Výše úhrady zdravotní pojišťovnou se pak určí jako součin bodové hodnoty výkonu a hodnoty bodu vyjádřené v korunách. K výkonům autorské odbornosti 913 se přičítá minutová režijní sazba, která byla pro rok 2013 určena ve výši 2,09 bodu za 1 minutu práce. Výsledná částka je pak určena součinem času nositele výkonu, minutové režijní sazby a hodnoty bodu vyjádřené v korunách (42).

Od roku 2012 dochází ze strany zdravotních pojišťoven ke snaze regulovat objem poskytované zdravotní péče v pobytových zařízeních sociálních služeb. Jako první přišla VZP ČR, kdy zahrnula regulační omezení do návrhu úhradového dodatku. U nadlimitně provedené zdravotní péče se hodnota bodu snižuje na 0,40 Kč. V současné době probíhají soudní spory o tom, zdali je možné aplikovat regulační mechanismy na odbornost 913, když výše uvedená vyhláška regulaci u odbornosti 913 nezmiňuje (12).

Asociace poskytovatelů sociálních služeb České republiky, Asociace krajů České republiky a VZP ČR uzavřeli na konci června 2014 „Memorandum o dohodě na

úhradových mechanismech 2012-2014 a o dohodě na smírném ukončení soudních sporů“ (dále jen „Memorandum“). Cílem uzavření Memoranda bylo stanovit pravidla pro účtování a úhradu zdravotní péče poskytnuté pojištěncům VZP ČR v pobytových zařízeních sociálních služeb na období 2012 až 2014. Další cílem bylo stanovit pravidla, aby bylo možné smírně ukončit probíhající soudní spory mezi poskytovateli pobytových zařízeních sociálních služeb a VZP ČR (1).

Díky uzavřenému Memorandu dojde k 5 % navýšení úhrady zdravotní péče poskytované pojištěncům VZP ČR v pobytových zařízeních sociálních služeb. Pro výpočet výsledné hodnoty bodu je stanoven stejný vzorec, jaký stanovila výše uvedená vyhláška, který doplnila právě koeficientem navýšení (KN) 1,05.

Výsledná hodnota bodu (HB_{red}) je získána pomocí součtu fixní složky úhrady (FS) a variabilní složky úhrady (VS). Fixní složka úhrady je stanovena na 0,40 Kč.

Pro výpočet variabilní složky je stanoven následující vzorec:

$$VS = (HB - FS) * \min \left\{ 1; \left(KN * \frac{\frac{PB_{ref}}{UOP_{ref}}}{\frac{PB_{ho}}{UOP_{ho}}} \right) \right\}$$

kdy se rozumí:

- a) HB - hodnota bodu stanovená ve výši 0,90 Kč,
- b) Min - funkce minimum, která slouží ke stanovení nejmenší hodnoty v daném oboru,
- c) KN - koeficient navýšení stanoven na 1,05
- d) PB_{ref} - celkový počet bodů za poskytnutou zdravotní péči v referenčním období, která byla zdravotními pojišťovnami uhrazena v plné výši bodu,
- e) UOP_{ref} - označuje počet unikátních pojištěnců v referenčním období, tedy u kolika rodných čísel bylo vykázáno poskytování zdravotní péče,
- f) PB_{ho} - celkový počet bodů za poskytnutou zdravotní péči v hodnoceném období,

- g) UOP_{ho} - označuje počet unikátních pojištěnců v hodnoceném období, tedy u kolika rodných čísel bylo vykázáno poskytování zdravotní péče (1).

1.4.5 Kontrola vykazované zdravotní péče zdravotními pojišťovny

Na základě § 42 zákona č. 48/1997 Sb., o veřejném zdravotním pojištění v platném znění, provádějí revizní lékaři zdravotních pojišťoven kontrolu využívání a poskytování zdravotní péče a její vyúčtování zdravotní pojišťovně (68). Haluza se domnívám, že je zvláštní, že pravomoc kontroly svěřil zákon do rukou jednoho z účastníků smluvního vztahu (10).

Kontroly zdravotních pojišťoven se zaměřují zejména na to, zda poskytnutá péče odpovídá péči vyúčtované zdravotní pojišťovně, zda byly vyúčtovány pouze ty výkony, léčivé přípravky a prostředky zdravotnické techniky, které je zdravotní pojišťovna povinna hradit, a zda rozsah a druh zdravotní péče odpovídá zdravotnímu stavu pojištěnce (24).

Kučerová, ředitelka Odboru kontroly a revize zdravotní péče VZP ČR, uvádí, že jedním z nejčastějších problémů zjištěných během kontrol uskutečněných v roce 2010 byly nedostatky ve zdravotnické dokumentaci uživatele. Sděluje, že řada zdravotnických výkonů nebyla řádně a průkazně zdokumentována, případně nebyla zdokumentována vůbec (24).

Pokud kontrola prokáže, že zdravotní péče byla poskytnuta neoprávněně popřípadě nesprávně, zdravotní pojišťovna pak tuto zdravotní péči neuhradí. Mnohé kontroly tak vedly ke vzniku sporů mezi poskytovatelem sociálních služeb a zdravotními pojišťovny, které vyústily až v soudní spory.

Haluza nabádá poskytovatele sociálních služeb, kteří s výsledky kontroly zdravotní pojišťovny nesouhlasí, aby nezůstávali v pasivitě a bránili se (10). Stejně tak hovoří i Kaplan, který považuje mnohá rozhodnutí revizních lékařů za argumentačně

neopodstatněná. Domnívá se, že revizní lékaři hřeší na to, že v pobytových zařízeních sociálních služeb probíhá kontrola za přítomnosti všeobecné sestry, která nedosahuje takových znalostí jako oni a nedostatečně nebo vůbec proti rozhodnutí revizních lékařů neoponují. I on vyzívá poskytovatele k větší aktivitě (18).

Haluzá uvádí, že prvním krokem při nesouhlasu se stanoviskem zdravotní pojišťovny je podání námítky proti revizní zprávě. Zdravotní pojišťovna je pak povinna se do 30 dnů k námítkám vyjádřit. Další možné řešení je uskutečnit smírčí řízení, které by se mělo uskutečnit do 14 dnů od výzvy jedné ze smluvních stran. Neskončí-li ani smírčí řízení dohodou, může poskytovatel podat žalobu k místně příslušnému okresnímu soudu. V případě podání žaloby je nezbytné vyvrátit tvrzení zdravotní pojišťovny, u kterých se poskytovatel domnívá, že jsou nepravdivá (11).

1.5 Problematika podávání léků per os v pobytových zařízeních sociálních služeb

Obsah zdravotního výkonu s kódem 06623 byl změněn vyhláškou č. 411/2011 Sb., kterou se mění vyhláška č. 134/1998 Sb. Jeho aktuální název je „Aplikace léčebné terapie i.m., s.c.,i.v.“ S účinností od 01.01.2012 z něj bylo vyňato podávání léčebné terapie per os. Vykazování podávání léků per os jako zdravotního výkonu lze, po splnění podmínek, pod pracovním kódem 06613, který nese označení ošetrovatelská intervence.

Tímto krokem Ministerstvo zdravotnictví České republiky opět rozvířilo diskuzi nad otázkou podávání léků per os v pobytových zařízeních sociálních služeb.

Dle Merhautové došlo výše uvedenou vyhláškou pouze ke zrušení úhrady materiálových nákladů spojených s podáváním léků per os. Nedomnívá se, že by samotná vyhláška neumožňovala indikaci podávání léků per os uživatelům v pobytových zařízeních sociálních služeb. Uvádí, že plně kompetentní a odpovědný za indikaci tohoto výkonu je praktický lékař uživatelů. Všeobecná sestra v sociálních službách je pak plně odpovědná za správnost podání léků per os (28).

Svět považuje právě zrušení materiálové úhrady při podávání léků per os jako diskriminační projev Ministerstva zdravotnictví namířený proti pojištěncům, kteří jsou uživateli pobytových zařízeních sociálních služeb. Navíc považuje podávání léků per os za jednu z hlavních činností všeobecných sester v sociálních službách. Omezením této úhrady tak došlo ještě ke snížení už tak podfinancované zdravotní péče poskytované v pobytových zařízeních sociálních služeb (18).

Ministerstvo zdravotnictví České republiky vydalo stanovisko k podávání léků per os uživatelům pobytových zařízeních sociálních služeb. Aby bylo možné považovat podání léku per os za zdravotní výkon, je zapotřebí jej řádně opodstatnit. Za oprávněné považuje následující případ: *„...pacient prokazatelně není schopen přinesený léčivý přípravek ani sám vložit do úst ani jej spolehlivě spolknout, takže mu musí způsobilý zdravotnický pracovník léčivý přípravek vložit přímo do úst (většinou rozdrčený, rozpuštěný apod.) a následně zkontrolovat dutinu ústní, aby se přesvědčil, že byl*

spolknut.“(37).

VZP ČR, Svaz zdravotních pojišťoven České republiky a Sdružení praktických lékařů České republiky vydali k této problematice dne 10.04.2012 společné vyjádření. Podle nich nebylo záměrem Ministerstva zdravotnictví pouze přesunout vykazování podávání léků per os z kódu 06623 pod kód 06613. Pouze ve zcela výjimečných a mimořádným zdravotním stavem uživatelem ovlivněných situacích, považují za možné, aby ošetřující lékař indikoval podávání léků per os jako zdravotní výkon. (64).

V návaznosti na výše uvedené společné stanovisko pak Ministerstvo zdravotnictví vydalo dne 25.4.2012 doplňující vyjádření. V něm uvádí, že nadále považuje podávání léků per os za součást ošetrovatelského procesu a tudíž musí být hrazeno z veřejného zdravotního pojištění. Možnost rozhodnout o indikaci zdravotního výkonu hrazeného z veřejného zdravotního pojištění výhradně přísluší praktickému lékaři.

Vyhláška č. 55/2011 Sb., o činnostech zdravotnických pracovníků a jiných odborných pracovníků, v platném znění, ve svém § 4 odst. 3) písm. a) přisuzuje podávání léčivých přípravků na základě indikace lékařem právě všeobecné sestře. Vyhláška dále umožňuje podat léčivý přípravek pod odborným dohledem i zdravotnickému asistentovi S odkazem na výše uvedenou vyhlášku Prošková uvádí, že v pobytových zařízeních sociálních služeb nemůže léky per os podat nikdo jiný než právě všeobecná sestra případně pod jejím dohledem zdravotnický asistent (43).

Merthautová s Horeckým uvádějí, že nesouhlasí s názory, že podávat léky per os může v pobytových zařízeních sociálních služeb kdokoli s odůvodněním, že se jedná o prakticky stejnou situaci, jako je podání léku v domácnosti uživatele. Souhlasí s tím, že uvedené péče vykazují určité společné atributy. Ovšem je zapotřebí rozlišovat péči neprofesionální a péči institucionální, tedy péči formální, za kterou právě označují zdravotní péči poskytovanou v pobytových zařízeních sociálních služeb (29).

Vodička uvádí, že VZP ČR se nikdy nedomáhala toho, aby léky per os podával v pobytových zařízeních sociálních služeb někdo jiný než všeobecná sestra. Pouze nesouhlasí s vykazováním a následnou úhradou tohoto výkonu s odůvodněním, že ve většině případů nemůže být splněna časová dotace výkonu, tedy 10 minut (56).

Kučerová považuje situaci, kdy zdravotní sestra připraví indikovanou terapii per os, donese ji uživateli a dohlédne nad její užití, za základní činnost, jejichž poskytování mají pobytová zařízení sociálních služeb stanovena zákonem č. 108/2006 Sb., o sociálních službách, v platném znění. V takovém případě pak nemůže dojít k úhradě poskytnuté péče ze zdravotního pojištění i přesto, že: „*obecně by samotná aplikace léčivého přípravku měla být vždy v rukou odborného zdravotního pracovníka*“ (24, s.1), což uvádí sama Kučerová.

2 Cíle práce a hypotézy

2.1 Cíl práce

Cílem diplomové práce bylo provést analýzu nákladů na ošetrovatelskou a rehabilitační péči v pobytových zařízeních sociálních služeb.

2.2 Hypotézy

Hypotéza č. 1 – Počet zdravotních pracovníků v pobytových zařízeních sociálních služeb odpovídá časové náročnosti praktickým lékařem indikované zdravotní péče.

Hypotéza č. 2 – Podávání léčebné terapie per, která je indikována praktický lékař, je nejčastěji poskytovanou zdravotní péčí u uživatelů pobytových zařízeních sociálních služeb.

2.3 Operacionalizace pojmů

Zdravotní pracovníci – všeobecná sestra v sociálních službách, zdravotnický asistent

Pobyťová zařízení sociálních služeb – služby poskytované ve spojení s ubytováním či bydlením (35)

Zdravotní péče – ošetrovatelská a rehabilitační péče

Uživatel – osoba, které je poskytována sociální služba

3 Metodika

3.1 Aplikované metody a techniky

Pro realizaci výzkumu byl zvolen strategie kvantitativního přístupu. Kvantitativní přístup vychází z pozitivizmu. Mezi jeho hlavní cíle lze zařadit získání objektivních důkazu a ověření teorií či hypotéz (8). Při použití kvantitativního přístupu lze eliminovat působení rušivých proměnných. Sběr dat a jejich následné zpracování může být relativně rychlejší než u přístupu kvalitativního. Má objektivní charakter, protože výsledky jsou relativně nezávislé na výzkumníkovi (15). Pro zpracování získaných informací byla zvolena metoda sekundární analýzy dat. Ta umožňuje využívání údajů k dalšímu zkoumání a tím získávat nové informace (47). Potřebná data o uživatelích a poskytované zdravotní péči byla získána z dat zaznamenaných zdravotními pracovníky zařízení do informačního systému Cygnus.

3.2 Charakteristika výzkumného souboru

Pro realizaci výzkumu bylo zvoleno zařízení Domov důchodců Roudnice nad Labem. Výzkumný soubor byl vybrán na základě záměrného (účelového) výběru. Byla stanovena kritéria pro výběr zařízení. Hlavní kritéria byla, aby zařízení poskytovalo služby pobytové sociální péče, zdravotní péči poskytovalo prostřednictvím svých zdravotních pracovníků a ochota zařízení účastnit se výzkumného šetření.

Domov důchodců Roudnice nad Labem je příspěvkovou organizací, jejímž zřizovatelem je Městský úřad Roudnice nad Labem. Zařízení má registrované dvě služby sociální péče dle zákona č. 108/2006 Sb., o sociálních službách, v platném znění, a to domova pro seniory a domova se zvláštním režimem. Z toho důvodu mu vzniká

výše uvedeným zákonem i povinnost, zajistit zdravotní péči pro své uživatele, kterou poskytují zdravotničtí pracovníci zařízení. Zařízení má celkovou kapacitu 132 uživatelů. V době sběru dat službu užívalo 129 osob.

Během terénního šetření v zařízení bylo zjištěno, že zdravotní péči poskytuje celkem 11 zdravotnických pracovníků, z nichž 9 je v nepřetržitém směnném provozu s týdenním fondem pracovní doby 37,5 hodin, a 2 na ranní směny s týdenním fondem pracovní doby 40 hodin. Pracovníků v sociálních službách, které zařízení označuje za pracovníky přímé péče, je celkem 28. Celý tým zdravotnických pracovníků a pracovníků v sociálních službách pracuje pod vedením manažerky zdravotní péče. Do zařízení dochází 1krát týdně praktický lékař, 1krát za 14 dní psychiatrická a kožní lékařka.

Aktivizaci uživatelů se věnuje sociálně aktivizační úsek, který tvoří sociální pracovník a 3 pracovníci v sociálních službách označených jako instruktoři sociální péče. Hlavním cílem jejich činnosti je prevence ztráty soběstačnosti uživatele.

3.3 Realizace výzkumu

Před samotným terénním sběrem dat byl vytvořen formulář, do kterého se zaznamenávala získaná data (viz. Příloha č. 1). Formulář byl určen pro každého uživatele samostatně. Potřebná data o uživatelích a poskytované zdravotní péči byla získána z dat zaznamenaných zdravotnickým personálem zařízení do informačního systému Cygnus v termínu od 18.11.2013 do 24.11.2013.

V době šetření bylo v zařízení 129 uživatelů, z nichž 95 byla poskytovaná zdravotní péče prostřednictvím vlastních zdravotních pracovníků Domova důchodců Roudnice nad Labem.

Výsledky získaných dat byly zpracovány popisnou statistikou pomocí tabulek a grafů.

4 Výsledky

4.1 Popisná statistika

4.1.1 Struktura uživatelů

Tabulka č. 1 obsahuje popis skupiny uživatelů sociálních služeb z hlediska pohlaví. Celkem Domov důchodců Roudnice nad Labem poskytuje své služby 129 uživatelům. Z toho 73,6% tvoří ženy, tedy 95 osob, a 26,4% jsou muži, tedy 34 osob. Podíl žen tedy výrazně přesahuje podíl mužů v zařízení. Sociální služba domova pro seniory byla v době šetření poskytována celkem 37 uživatelům, kdy 70,3% byly ženy (26 osob) a 29,7% tvořili muži (11 osob). Sociální službu domova se zvláštním režimem využívalo celkem 92 uživatelů. Z toho 75,0% tvořily ženy (69 osob) a 25,0% tvořili muži (23 osob) (viz. tabulka č. 1).

Tabulka č. 1: Rozdělení uživatelů podle pohlaví

	Domov pro seniory		Domov se zvláštním režimem		Zařízení celkem	
	Počet	%	Počet	%	Počet	%
Muži	11	29,7%	23	25,0%	34	26,4%
Ženy	26	70,3%	69	75,0%	95	73,6%
Celkem	37	100%	92	100%	129	100%

Zdroj: Vlastní výzkum

Průměrný věk všech uživatelů zařízení je 83 let. Průměrný věk uživatelů jednotlivých služeb v zařízeních se výrazně neliší. V domově pro seniory je to 82 let a v domově se zvláštním režimem 83 let. Nejmladší ženou v zařízení je uživatelka domova pro seniory stará 63 let. Nejmladšímu muži je 65 let a je také uživatelem domova se zvláštním režimem. Mezi nejstarší ženou a nejstarším mužem je v domově pro seniory rozdíl 9 let a v domově se zvláštním režimem 10 let. Oběma ženám je 102 let (viz. tabulka č. 2).

Tabulka č. 2: Věk uživatelů

	Průměrný věk			Minimální věk		Maximální věk		Medián	
	muži	ženy	celkem	muži	ženy	muži	ženy	muži	ženy
Domov pro seniory	80	83	82	67	68	93	102	81	84
Domov se zvláštním režimem	82	83	83	65	63	92	102	83	85
Zařízení celkem	81	83	83	65	63	93	102	83	85

Zdroj: Vlastní výzkum

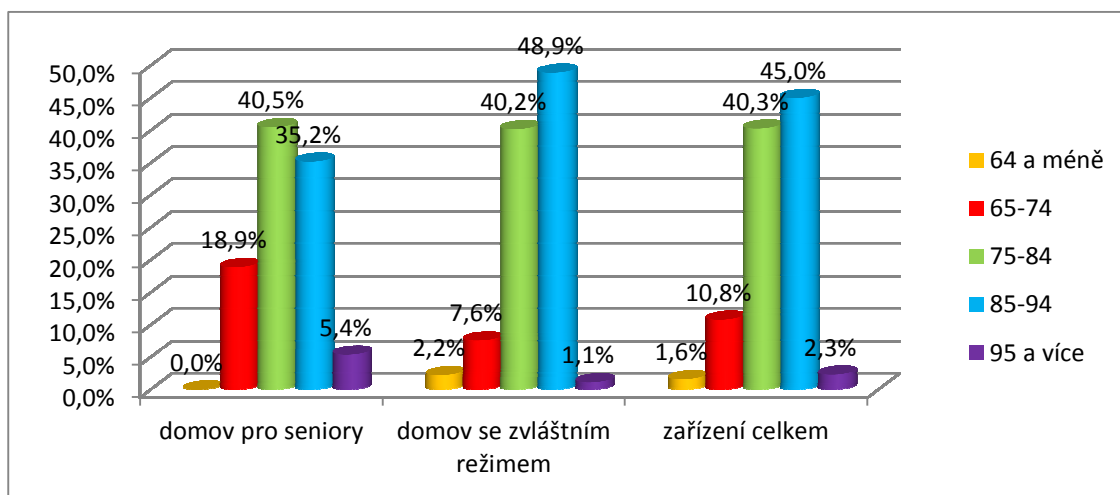
Nejvíce zastoupenou věkovou skupinou jsou u uživatelů domova pro seniory osoby ve věku od 75 do 84 let, které představují 40,5%. Následují uživatelé ve věku 85-94 let, kterých je 35,2%. Ve věku 65-74 let službu užívá 18,9% osob. 95 let a více je celkem 5,4% uživatelů. Služba domova pro seniory není poskytována žádné osobě mladší 65 let.

V domově se zvláštním režimem jsou nejpočetnější skupinou osoby ve věku 85-94 let tvořící 48,9%. Osob ve věku 75-84 let je celkem 40,2%. Ve věku 65-74 let službu užívá celkem 7,6% osob. Služba je poskytována i osobám mladších 65 let. Ti představují 2,2%. Osoby ve věku 95 let a více tvoří 1,1% ze všech uživatelů.

V celém zařízení je pak nejpočetnější věková skupina uživatelů od 85-94 let,

která představuje 45,0%. 40,3% pak představuje věkovou skupinu uživatel ve věku 75-84 let (viz. graf č. 4).

Graf č. 4: Zastoupení uživatelů podle věkových skupin



Zdroj: Vlastní výzkum

Z provedeného šetření vyplývá, že 35,7% uživatelů, tedy 46 osob, je pojištěno u Všeobecné pojišťovny České republiky (111), kdy 21 osob využívá službu domova pro seniory a 25 osob domova se zvláštním režimem.

U Vojenské zdravotní pojišťovny České republiky (201) je pojištěno celkem 22,5% uživatelů, tedy 29 osob. Z toho 5 osobám je poskytována služba domova pro seniory a 24 osobám domov se zvláštním režimem.

Stejný počet uživatelů 22,5%, tedy 29 osob, je pojištěno u České průmyslové zdravotní pojišťovny (205), kdy 5 osob využívá službu domova pro seniory a 24 osob službu domova se zvláštním režimem.

U Odborové zdravotní pojišťovny jsou pojištěni celkem 2 uživatelé, kterým je poskytována služba domova se zvláštním režimem. Z celkového počtu uživatelů tvoří 1,5%.

Zdravotní pojišťovnu ministerstva vnitra České republiky (211) využívá celkem

17,8% uživatelů, tedy 23 osob. Z toho je 6 osob z domova pro seniory a 23 osob z domova se zvláštním režimem (viz. tabulka č. 3).

Tabulka č. 3: Rozdělení uživatelů podle zdravotní pojišťovny

	Dům pro seniory		Dům se zvláštním režimem		Zařízení celkem	
	Počet	%	Počet	%	Počet	%
111	21	56,8%	25	27,1%	46	35,7%
201	5	13,5%	24	26,1%	29	22,5%
205	5	13,5%	24	26,1%	29	22,5%
207	0	0%	2	2,2%	2	1,5%
211	6	16,2%	17	18,5%	23	17,8%
celkem	37	100,0%	92	100,0%	129	100,0%

Zdroj: Vlastní výzkum

Příspěvek na péči 1. stupně pobíralo v domově pro seniory v době šetření 8 uživatelů. 7 uživatelům byl přiznán 2. stupeň. Příspěvek na péči 3. stupně byl vyplácen jednomu uživateli. Celkové příjmy z příspěvku na péči dosáhly v domově pro seniory 42.400 Kč. Na jednoho uživatele to představuje částku 1.145,9 Kč měsíčně.

V domově se zvláštním režimem byl příspěvek na péči 1. stupně vyplácen 18 uživatelům. Příspěvek na péči 2. stupně byl přiznán 24 uživatelům. Nejvíce uživatelů, 30, pobírá příspěvek na péči 3. stupně. 4. Stupeň závislosti byl přiznán 13 uživatelům. Příjmy domova pro osoby se zvláštním režimem dosáhly celkové výše 506.400 Kč za měsíc. Průměrná výše příspěvku na péči na jednoho uživatele služby je 5.504,3 Kč měsíčně. (tabulka č. 4)

Celkem zařízení za měsíc listopad 2013 dosáhlo příjmu z příspěvku na péči 548.800 Kč.

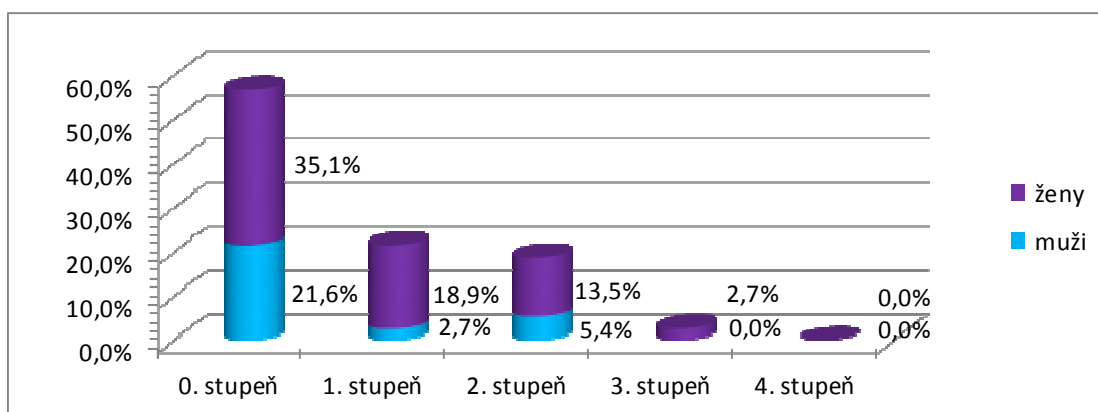
Tabulka č. 4: Rozdělení uživatelů podle výše příspěvku na péči

		Domov pro seniory		Domov se zvláštním režimem		Zařízení celkem	
		Počet	%	Počet	%	Počet	%
0. stupeň	Muži	8	21,6%	3	3,3%	28	21,7%
	Ženy	13	35,1%	4	4,3%		
1.. stupeň	Muži	1	2,7%	1	1,1%	26	20,2%
	Ženy	7	18,9%	17	18,5%		
2.. stupeň	Muži	2	5,4%	5	5,4%	31	24,0%
	Ženy	5	13,5%	199	20,6%		
3.. stupeň	Muži	0	0%	11	12,0%	31	24,0%
	Ženy	1	2,7%	19	20,6%		
4.. stupeň	Muži	0	0%	3	3,3%	13	10,1%
	Ženy	0	0%	10	10,9%		
celkem		37	100%	92	100%	129	100%

Zdroj: Vlastní výzkum

Sociální službu domova pro seniory užívá 56,7% uživatelů, kteří nemají nárok na příspěvek na péči. Konkrétně se jedná o 8 mužů a 13 žen. 21,6% uživatelů pobírá příspěvek na péči ve stupni 1, kdy se jedná o 1 muže a 7 žen. Příspěvek na péči ve výši 2. stupně je přiznán 18,9% uživatelům. V době šetření ho pobírali 2 muži a 5 žen. 3. stupeň příspěvku na péči byl přiznán pouze 1 ženě, která tvoří 2,7% z počtu uživatelů. Sociální služba domova pro seniory nebyla poskytována žádnému uživateli s přiznaným příspěvkem na péči ve výši 4. stupně (viz. graf č. 5).

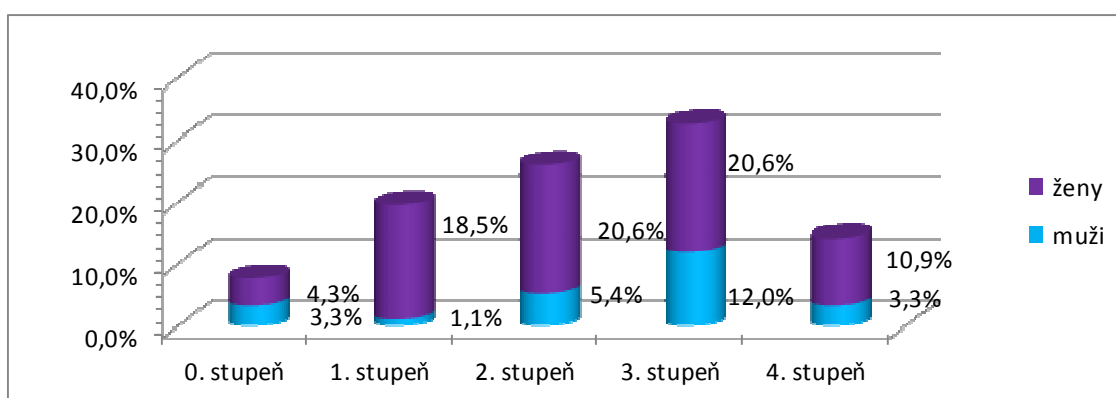
Graf č. 5: rozdělení uživatelů domova pro seniory dle výše příspěvku na péči



Zdroj: Vlastní výzkum

Nejnižší počet uživatelů v domově se zvláštním režimem tvoří osoby, které nemají přiznaný příspěvek na péči. Jedná se o 7,6% uživatelů z toho 3 muži a 4 ženy. 1. stupeň příspěvku na péči pobírá celkem 19,6% uživatelů. Konkrétně se jedná o 1 muže a 17 žen. Nejpočetnější skupinu uživatelů, tedy 32,6%, tvoří ti, co pobírají příspěvek na péči ve výši 3. stupně. Skupinu tvoří 11 mužů a 19 žen. 4. Stupeň příspěvku na péči je uznán celkem 14,2% uživatelů, z toho jsou 3 muži a 10 žen. (viz. graf č. 6)

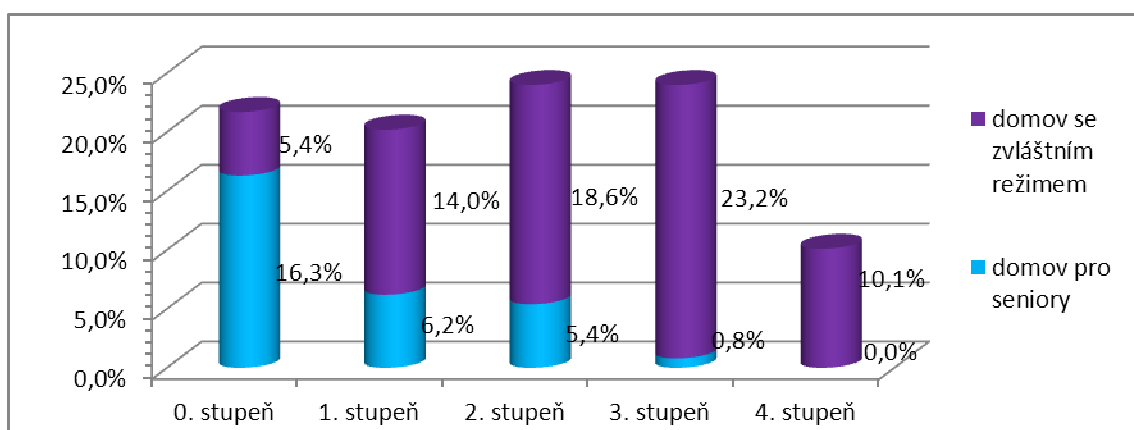
Graf č. 6: Rozdělení uživatelů domova se zvláštním režimem dle výše příspěvku na péči



Zdroj: Vlastní výzkum

Nejmenší skupinu uživatelů celého zařízení tvoří 10,1% osob s přiznaným příspěvkem na péči 4. stupně. Jedná se výhradně o uživatele sociální služby domova se zvláštním režimem. Následuje skupina uživatel pobírající příspěvek na péči 1. stupně. Celkem tvoří 20,2 % uživatelů. Osoby, kterým příspěvek na péči nebyl přiznán, tvoří 21,7% uživatelů. Shodně velké jsou skupiny uživatelů s příspěvkem na péči 2. a 3. stupně. Obě skupiny tvoří 24% z celkového počtu uživatelů zařízení (viz. graf č. 7).

Graf č. 7: Rozdělení uživatelů celého zařízení dle výše příspěvku na péči



Zdroj: Vlastní výzkum

U uživatelů domova pro seniory se nejčastěji vyskytují onemocnění oběhové soustavy (I). 19% mužů a 37,8% žen domova pro seniory má diagnostikované některé onemocnění z této kapitoly. Nejčastěji se jedná o onemocnění s kódem I 10 tedy esenciální (primární) hypertenzi. Následuje chronická ischemická choroba srdeční s kódem I 259.

Kapitola MKN-10 s názvem příznaky, znaky a nálezy nezařazené jinde (R) tvoří skupinu 13,5% uživatelů, kdy všem těmto uživatelům byla diagnostikována R54 - stáří.

10,8% žen má diagnostikované onemocnění z kapitol nemocí endokrinní a metabolické (E). Dvě ženy mají diabetes mellitus závislý na inzulinu (E10) a dvě ženy mají diabetes mellitus nezávislý na inzulinu (E11).

Skupina uživatel s nemocemi svalové a kosterní soustavy (M) tvoří také 10,8%

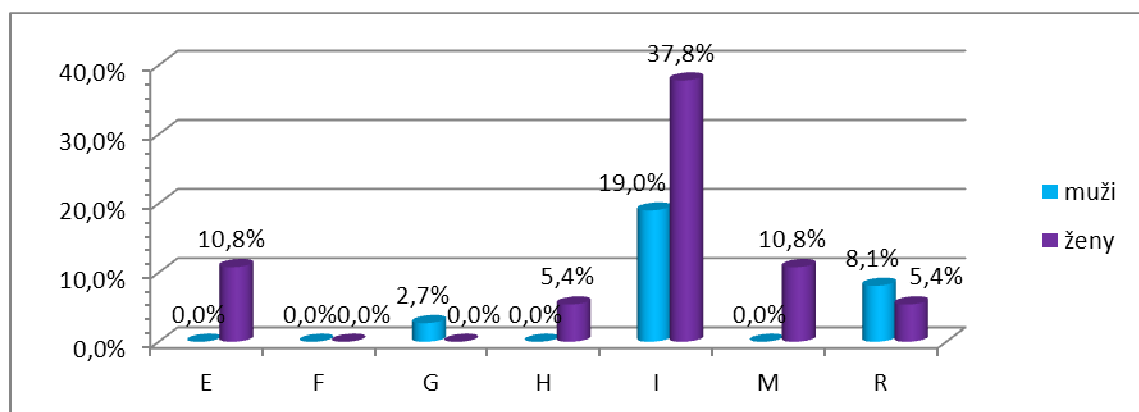
Třem ženám byla diagnostikována určitá forma artrózy a jedné byla diagnostikována séropozitivní revmatická artritida.

Nemoci z kapitoly H čili nemoci oka a očních adnex a nemoci ucha byly zastoupeny 2 ženami, z nichž jedna měla diagnostikovanou poruchu vestibulární funkce pod kódem H819, a druhá stařecký zákal oční čočky pod kódem H25.

Pouze u jednoho muže bylo diagnostikováno onemocnění z kapitoly MKN-10 nemoci nervové soustavy (G) a to konkrétně stařecká degenerace mozku pod kódem G311. Tento muž představuje 2,7% z uživatelů domova pro seniory.

Nemoci duševní a poruchy chování (F) nebyly v domově pro seniory zastoupeny žádným uživatelem (viz. graf č. 8).

Graf č. 8: Rozdělení uživatelů domova pro seniory dle jejich základní diagnózy podle kapitol MKN-10



Zdroj: Vlastní výzkum

Největšími skupinami uživatelů domova se zvláštní režimem jsou osoby se základním onemocněním dle MKN-10 v kategorii nemoci oběhové soustavy (I) a nemoci duševní a poruchy chování (F). Obě skupiny shodně tvoří 33,7% ze všech uživatelů služby.

Nejčastější onemocnění z kapitoly F je vaskulární demence (F019). Ta byla diagnostikována celkem 11 ženám a 6 mužům. Neurčená demence (F03) byla diagnostikována celkem 9 ženám a 1 muži. Zbylým třem mužům byly diagnostikovány

jiné formy demence a jedné ženě neurčená duševní porucha (F99).

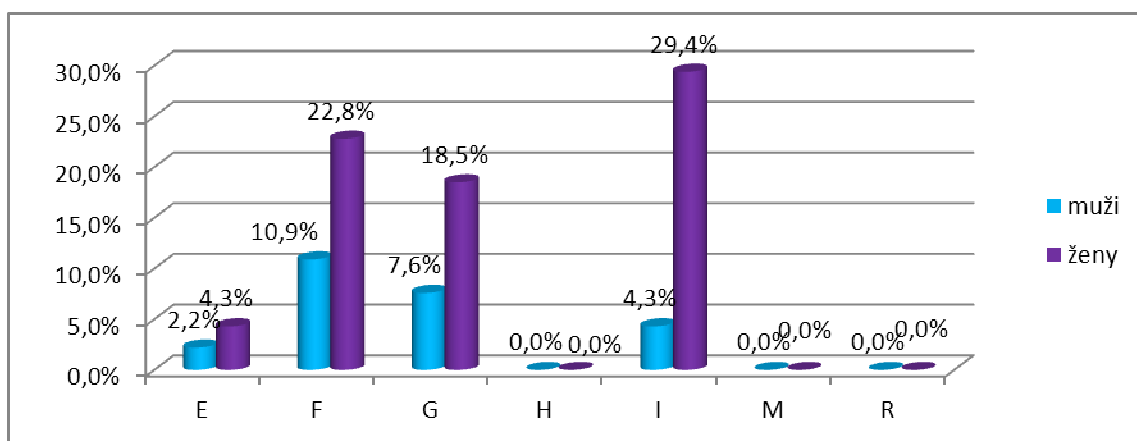
Nejvíce zastoupené onemocnění z kapitoly nemoci oběhové soustavy (I) je mozková ateroskleróza (I672). Tou trpí 11 žen a 2 muži. Stejně zastoupení má esenciální primární hypertenze (I10), která byla diagnostikována u 6 žen a 1 muže, a chronická ischemická choroba diagnostikována u 7 žen. 3 ženy mají jako diagnózu určenou cévní onemocnění mozku (I679) a 1 žena cévní mozkovou příhodu (I64).

Nemoci nervové soustavy (G) představují 26,1% ze všech onemocnění vyskytujících se u uživatelů. Nejpočetnější onemocnění je Alzheimerova nemoc (G309), kterou má 7 žen a 3 muži. U 2 žen a 1 muže je diagnostikována stařecká degenerace mozku. Parkinsonova nemoc (G20) se vyskytuje u 2 žen a 1 muže. Sekundární parkinsonismus (G21) mají 2 ženy.

Celkem 6,5% uživatelů má jako základní diagnózu stanovenou z kapitoly nemocí endokrinní a metabolické (E). 3 ženy a 2 muži mají diabetes mellitus nezávislý na inzulínu (E11), a 1 žena má diabetes mellitus závislý na inzulínu (E10).

Onemocnění z kapitol nemoci oka a očních adnex a nemoci ucha (H), nemoci svalové a kosterní soustavy (M) a příznaky, znaky a nálezy nezařazené jinde (R) se u uživatelů domova se zvláštním režimem nevyskytovaly (viz. graf č. 9).

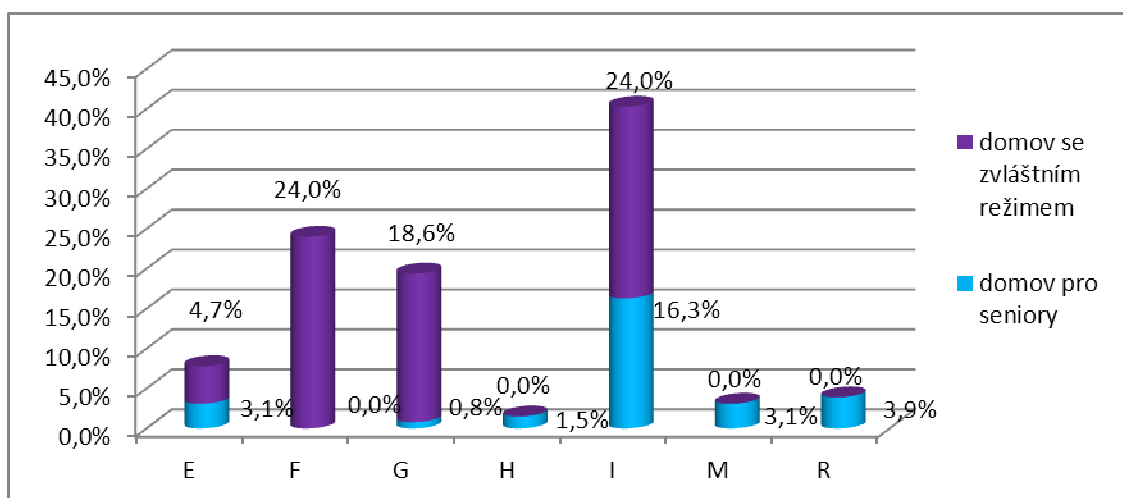
Graf č. 9: Rozdělení uživatelů domova se zvláštním režimem dle jejich základní diagnózy podle kapitol MKN-10



Zdroj: Vlastní výzkum

Sociální služby zařízení Domov důchodců Roudnice nad Labem nejvíce užívá skupina osob s diagnózou z kapitoly nemoci oběhové soustavy (I), která tvoří 40,3% ze všech uživatelů. Následuje kapitola nemoci duševní a poruchy chování (F), která představuje 24,0%. Nemoci této kapitoly se výhradně vyskytují pouze u uživatelů domova se zvláštním režimem. Nemoci nervové soustavy (G) jsou diagnostikovány celkem 19,4% uživatelům. 7,8% představují uživatelé, kteří mají nemoci endokrinní a metabolické (E). Onemocnění 3,9% uživatelů spadá do kapitoly příznaky, znaky a nálezy nezařazené jinde (R). Nemoci svalové a kosterní soustavy (M) byly diagnostikovány celkem 3,1% uživatelům. Nemoci z těchto dvou kapitol MKN-10 byli diagnostikováni pouze uživatelům domova pro seniory. Nemoci oka a očních adnex a nemoci ucha (H) byly jako základní onemocnění označeno celkem u 1,5% uživatelů (viz. graf č. 10).

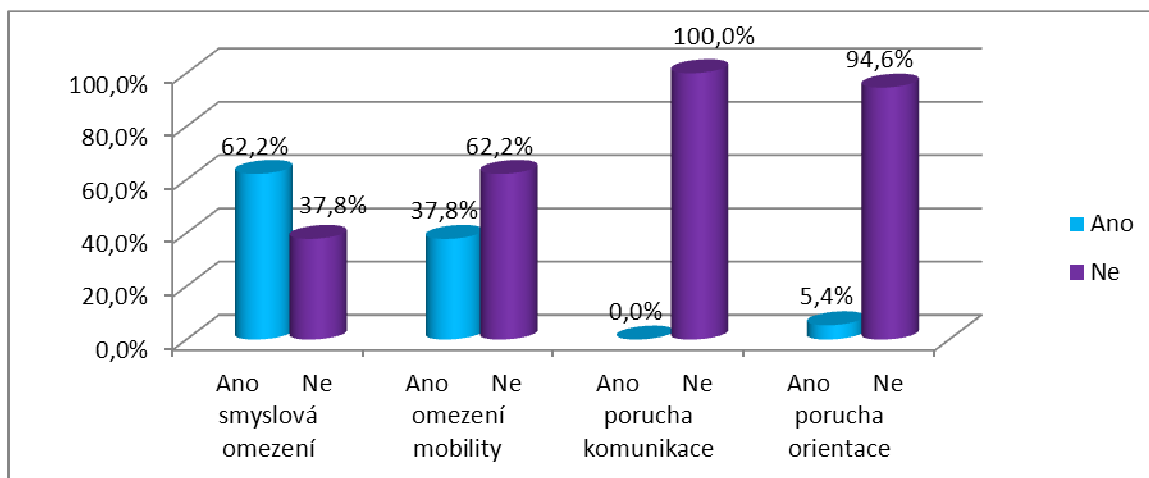
Graf č. 10: Rozdělení uživatel zařízení dle jejich základní diagnózy podle kapitol MKN-10



Zdroj: Vlastní výzkum

V domově pro seniory je celkem 62,2% uživatelů se smyslovým omezením. Stejný podíl (62,2%) uživatelů je v různém rozsahu omezeno na mobilitě. Všichni uživatelé (100,0%) jsou schopni komunikace. Porucha orientace byla zjištěna pouze u 5,4% uživatelů. 94,6% uživatelů jsou plně orientovaní (viz. graf č. 11)

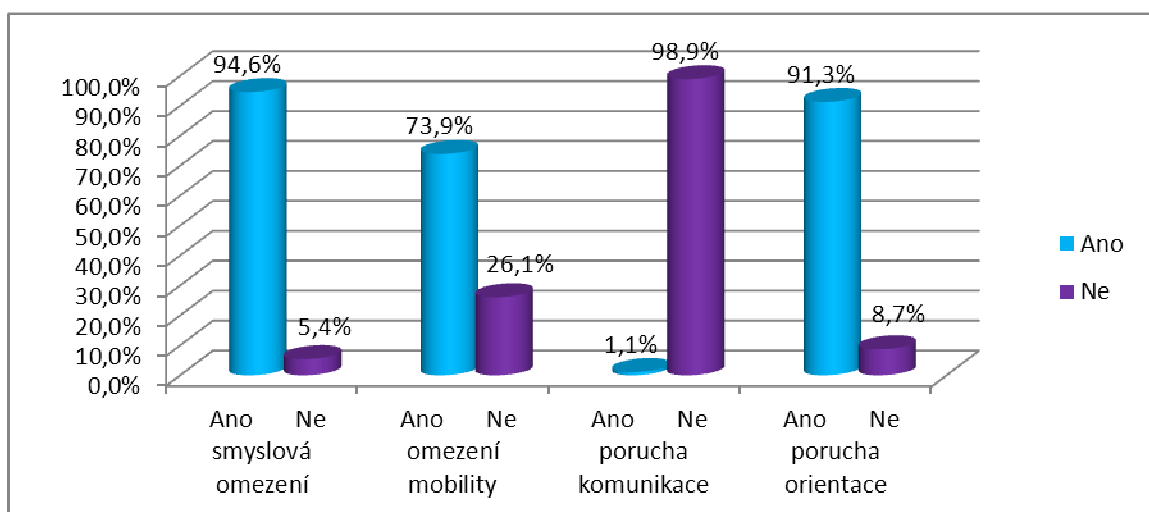
Graf č. 11: Struktura uživatelů domova pro seniory



Zdroj: Vlastní výzkum

V domově se zvláštním režimem je 94,6% uživatelů se smyslovým omezením. Na mobilitě je omezeno celkem 73,9% uživatelů. Porucha komunikace byla zaznamenána pouze u 1,1% uživatelů. Na rozdíl od služby domov pro seniory, kde je většina uživatelů plně orientována, je zde 91,3% s poruchou orientace (viz. graf č. 12).

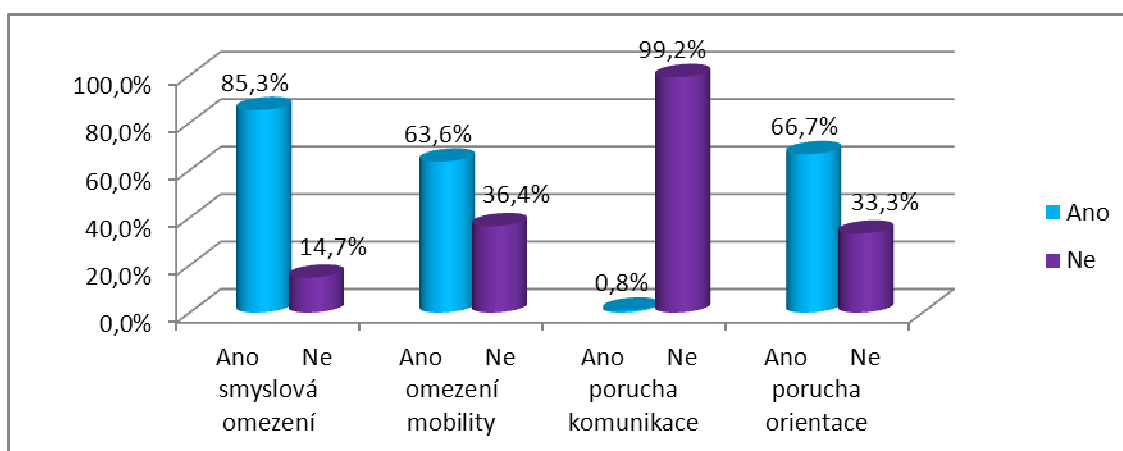
Graf č. 12: Struktura uživatelů domova se zvláštním režimem



Zdroj: Vlastní výzkum

V zařízení Domov důchodců Roudnice nad Labem je celkem 85,3% uživatelů se smyslovým omezením. Mobilita je určitým způsobem omezena u 63,6% uživatelů. Porucha komunikace se u uživatelů objevuje jen výjimečně. Celých 99,2% uživatelů je schopno komunikace. Osoby s poruchou komunikace představují 66,7% ze všech uživatelů (viz. graf č. 13).

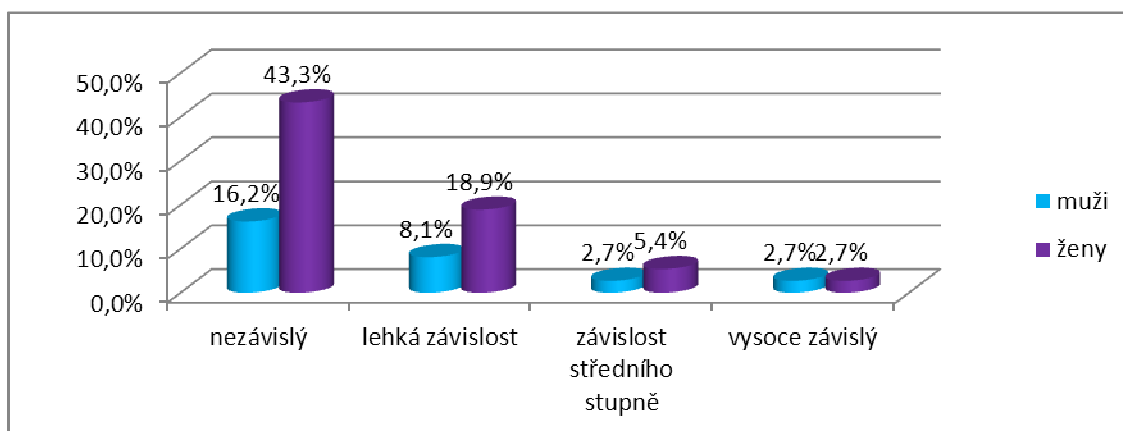
Graf č. 13: Struktura uživatelů Domova důchodců Roudnice nad Labem



Zdroj: Vlastní výzkum

Služba domova pro seniory je z 59,5% poskytována osobám, kteří jsou dle výsledku Barthelova testu základních všedních činností hodnoceni jako nezávislí. Lehká závislost byla vyhodnocena u 27,0% uživatelů. Test u 8,1% uživatelů byl vyhodnocen jako závislost středního stupně. Vysoce závislý tvoří nejmenší skupinu. Jedná se o 5,4% uživatelů (viz. graf č. 14).

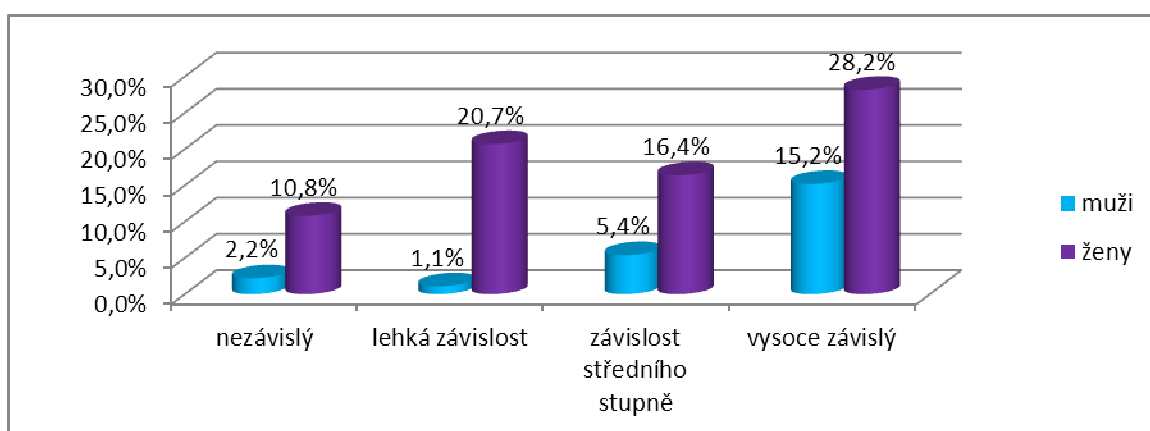
Graf č. 14: Rozdělení uživatelů domova pro seniory podle výsledků Barthelova testu základních všedních činností



Zdroj: Vlastní výzkum

V domově se zvláštním režimem jsou dominantní skupinou uživatelů ti, kteří jsou Barthelovým testem hodnoceni jako vysoce závislí. Celkem se jedná o 43,4% uživatelů. Ve službě domova pro seniory je naopak tato skupina tou nejmenší. Stejně velké skupiny jsou uživatelé s lehkou závislostí a se závislostí středního stupně. Obě tvoří 21,8%. Nejmenší skupinu v době šetření tvořili uživatelé vyhodnocení jako nezávislí. Ti tvoří 13,0% ze všech uživatelů služby (viz. graf č. 15).

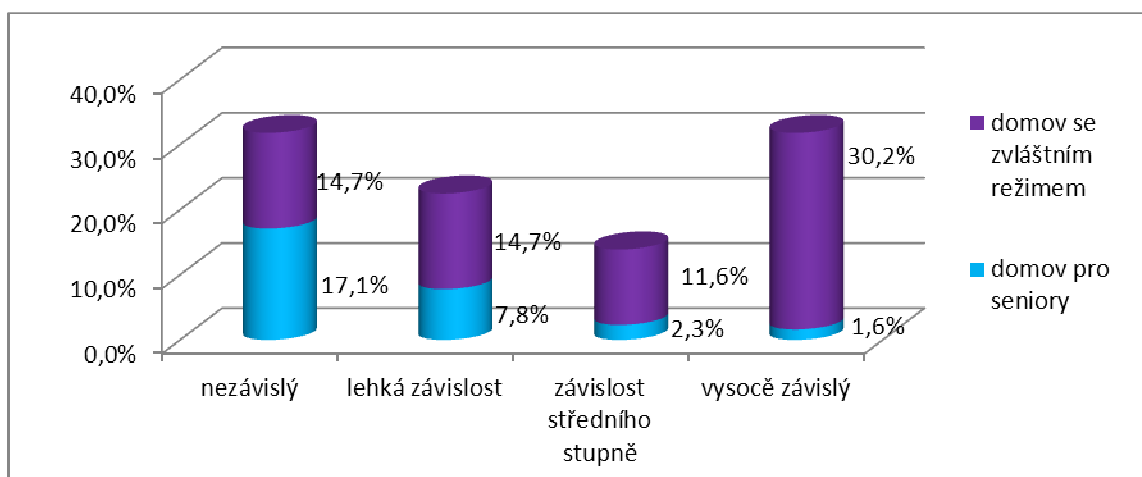
Graf č. 15: Rozdělení uživatelů domova se zvláštním režimem podle výsledků Barthelova testu základních všedních činností



Zdroj: Vlastní výzkum

Dle výsledků Barthelova testu základních všedních činností jsou v zařízení Domov důchodců Roudnice nad Labem stejně velké dvě skupiny uživatelů. Obě tvoří 31,8% ze všech. Jedná se o osoby hodnocené jako nezávislé a osoby vysoce závislé. Následuje skupina uživatelů, jejich výsledkem testu byla lehká závislost. Ti tvoří 22,5% ze všech uživatelů zařízení. Nejmenší skupinou jsou osoby, jejichž závislost je hodnocena středním stupněm. Celkem tvoří 13,9% uživatelů (viz. graf č. 16).

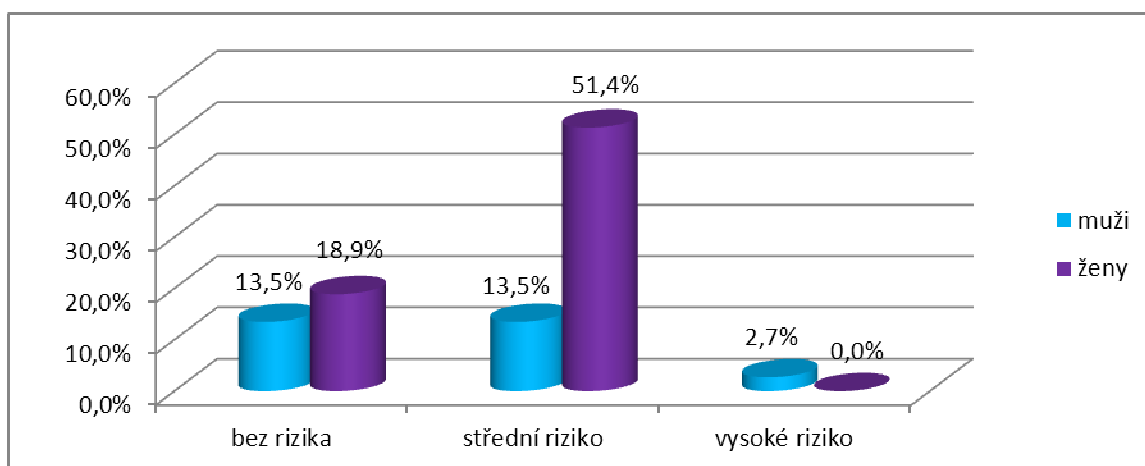
Graf č. 16: Rozdělení uživatelů Domova důchodců Roudnice nad Labem podle výsledků Barthelova testu základních všedních činností



Zdroj: Vlastní výzkum

Na základě výsledků hodnocení rizika pádu dle Conleyové je u 64,9% uživatelů domova pro seniory zaznamenáno střední riziko pádu. Bez rizika pádu je celkem 32,4% uživatel služby. Vysoké riziko pádu je zaznamenáno pouze u 2,7% uživatel (viz. graf č. 17).

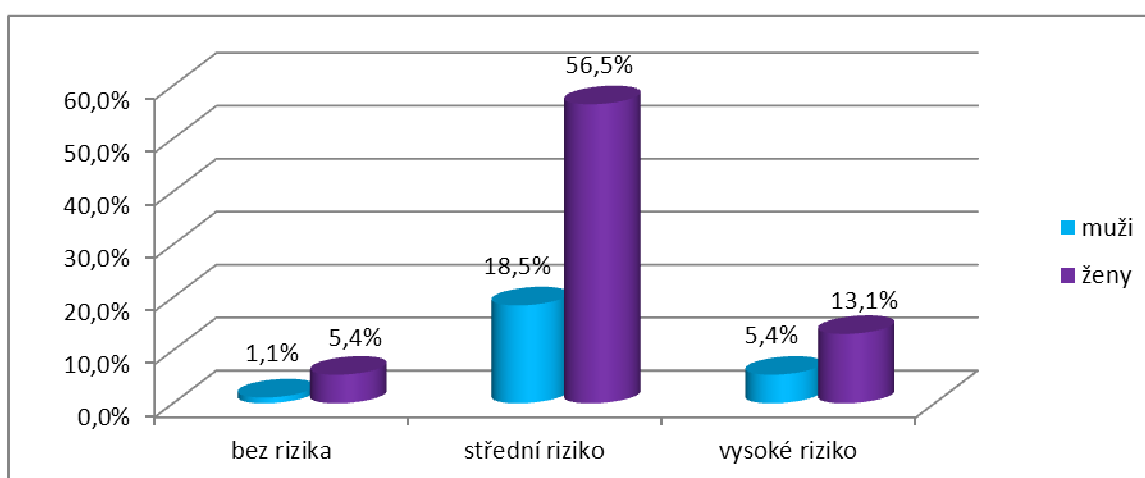
Graf č. 17: Rozdělení uživatelů domova pro seniory podle hodnocení rizika pádu dle Conleyové



Zdroj: Vlastní výzkum

Ve službě domov se zvláštním režimem je nejdominantnější skupina uživatelů se středním rizikem pádu. Tito uživatelé představují celkem 75,0%. V této službě je více osob s vysokým rizikem pádu. Jedná je 18,5% uživatelů. Bez rizika pádu je celkem hodnoceno 6,5% uživatelů (viz. graf č. 18).

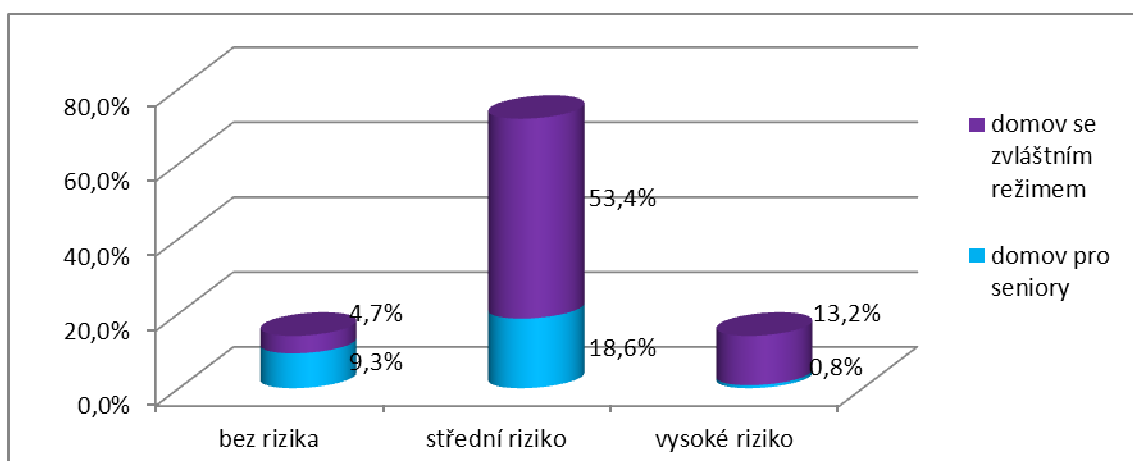
Graf č. 18: Rozdělení uživatelů domova se zvláštním režimem podle hodnocení rizika pádu dle Conleyové



Zdroj: Vlastní výzkum

Nejpočetnější skupinou uživatelů v celém zařízení jsou osoby se středním rizikem pádu. Ti představují celkem 72,0%. Skupiny uživatelů bez rizika a s vysokým rizikem pádu tvoří shodně 14,0% uživatelů (viz. graf č. 19).

Graf č. 19: Rozdělení uživatelů Domova důchodců Roudnice nad Labem podle hodnocení rizika pádu dle Conleyové



Zdroj: Vlastní výzkum

V domově pro seniory se výrazně liší hodnocení závislosti dle stupně závislosti přiznaného příspěvku na péči a výsledků závislosti Barthelova testu základních všedních činností pouze u dvou uživatelů. Oba nemají přiznaný příspěvek na péči. Dle výsledků Barthelova testu základních všedních činností je závislost jednoho hodnocena jako závislost středního stupně a druhý je vysoce závislý. 4 uživatelé mají přiznaný příspěvek na péči 1. stupně, kdy jejich závislost na péči jiné fyzické osoby je označena za lehkou. Dle výsledků Barthelova testu základních všedních činností jsou hodnocení jako nezávislí na péči jiné fyzické osoby (viz tabulka č. 5).

Tabulka č. 5: Porovnání stupně závislosti uživatelů domova pro seniory dle stupně příspěvku na péči a Barthelova testu základních všedních činností

Barthelův test	Nezávislí	Lehká závislost	Závislost středního stupně	Vysoce závislí
Příspěvek na péči				
Nezávislí	18	1	1	1
Lehká závislost	4	4	0	0
Středně těžká závislost	0	5	2	0
Těžká závislost	0	0	0	1
Závislost úplná	0	0	0	0

Zdroj: Vlastní výzkum

U uživatelů domova se zvláštním režimem dochází k větším rozdílům v hodnocení jejich závislosti na péči jiné fyzické osoby na základě přiznaného stupně závislosti u příspěvku na péči a výsledku závislosti zpracovaného Barthelova testu základních všedních činností.

Tři uživatelů, které posudkový lékař pro účely přiznání příspěvku na péči hodnotí jako nezávislé. Při vyhodnocování Barthelova testu základních všedních činností shledali klíčoví pracovníci jejich závislost středního stupně respektive vysokou závislost. 18 uživatelů označili posudkoví lékaři jako osoby s lehkou závislostí. Závislost dvou z nich jejich klíčoví pracovníci hodnotí středním stupněm závislosti a jednoho jako vysoce závislého. Z celkově 24 uživatelů, jejichž posudkovým lékařem je jejich závislost označená za středně těžkou, vnímají klíčoví pracovníci 4 jako vysoce závislé a 1 jako nezávislého. Hodnocení závislosti posudkových lékařů u uživatele s těžkou a úplnou závislost se ve většině případů shoduje s hodnocením klíčových pracovníků (viz. tabulka č. 6).

Tabulka č. 6: Porovnání stupně závislosti uživatelů domova se zvláštním režimem dle stupně příspěvku na péči a Barthelova testu základních všedních činností

Barthelův test	Nezávislí	Lehká závislost	Závislost středního stupně	Vysoce závislí
Příspěvek na péči				
Nezávislí	5	0	2	0
Lehká závislost	6	7	2	3
Středně těžká závislost	1	10	9	4
Těžká závislost	0	3	6	21
Závislost úplná	0	0	1	12

Zdroj: Vlastní výzkum

Medián příspěvku na péči u uživatelů, kterým není poskytována zdravotní péče podávání léků per os, dosáhl stupně 0, tedy že posudkovým lékařem byli posouzeni jako nezávislí na péči druhé osoby. Stejně tak dopadl i medián Barthelova testu základních všedních činností. Ten dosahoval stupně 1, tedy hodnotil uživatele jako nezávislé. Naproti tomu u uživatelů, kteří mají indikované podávání léků per os, dosáhl medián příspěvku na péči 2. stupně, tedy středně těžkého stupně závislosti. Větší závislost na péči jiné osoby u těchto uživatelů potvrdil i medián vypočítaný z výsledků Barthelova testu. Ten dosahoval 3. stupně, tedy závislosti středního stupně (viz. tabulka č. 7).

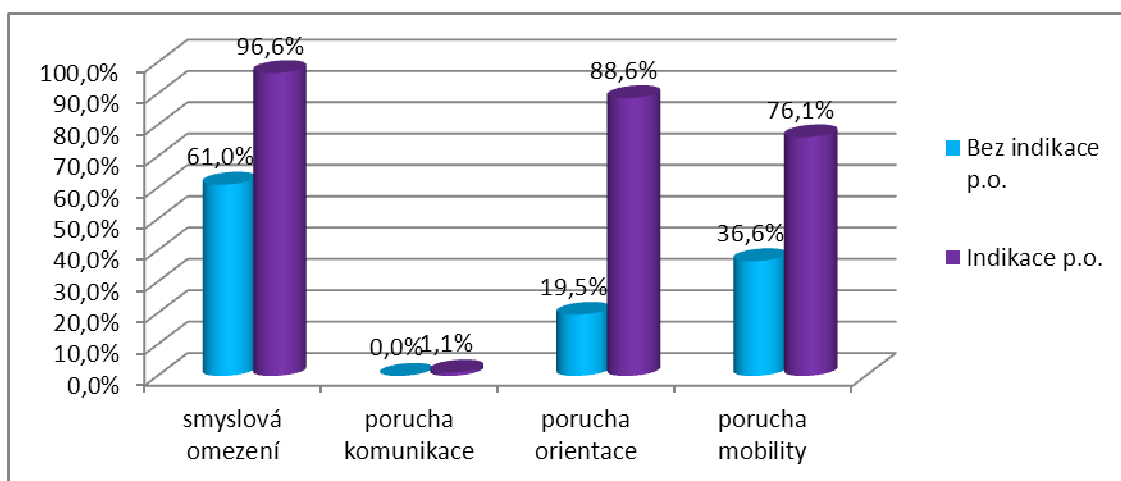
Tabulka č. 7: Porovnání medianu příspěvku na péči a výsledku Barthelova testu u uživatelů, kterým jsou podávány léky p.o. a kterým nejsou

	Příspěvek na péči	Barthelův test
	medián	medián
Indikace terapie p.o.	2	3
Bez indikace terapie p.o.	0	1

Zdroj: Vlastní výzkum

Smyslová omezení, porucha orientace i porucha mobility jsou častěji zaznamenány u uživatelů, kterým je lékařem indikované podávání léků per os než u uživatelů, kterým se tato péče neposkytuje. Smyslové omezení má 96,6% uživatelů, kterým zdravotnický personál podává léky per os. U 88,6% z nich byla navíc zaznamenána porucha orientace. 76,1% těchto uživatelů jsou nějakým způsobem omezeni na mobilitě. Naproti tomu u uživatelů, jimž se léky per os nepodávají, byla smyslová omezení zaznamenána u 61,0%, porucha orientace u 19,5% a porucha mobility u 36,6%. U poruchy komunikace nebyl zaznamenán žádný rozdíl mezi těmito skupinami uživatelů (viz. graf č. 20).

Graf č. 20: Porovnání rozdílů mezi uživateli Domova důchodců Roudnice nad Labem, kteří mají indikované podávání léků per os a kteří ho nemají

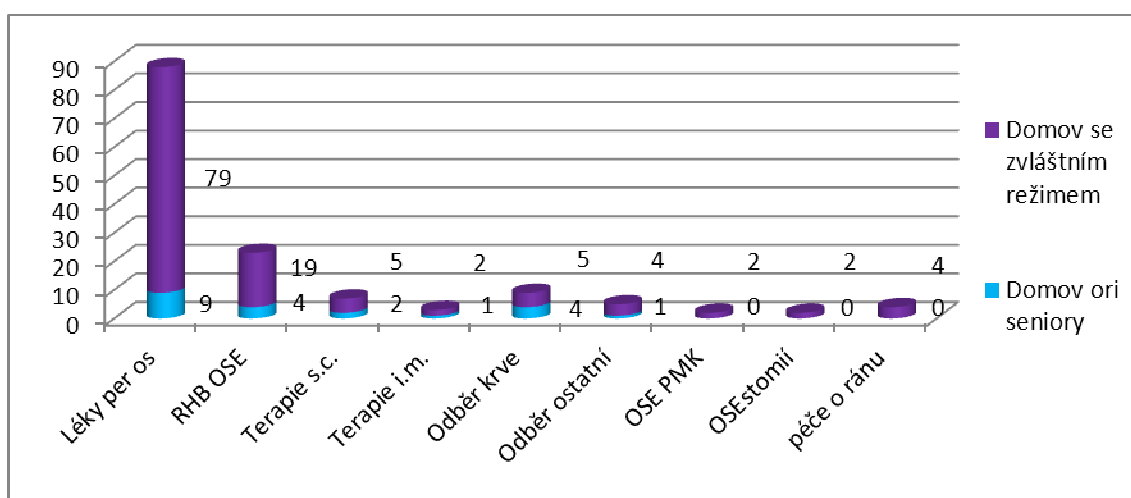


Zdroj: Vlastní výzkum

4.1.2 Poskytovaná zdravotní péče

V době šetření poskytovali zdravotničtí pracovníci zařízení celkem 8 výkonů zdravotní péče. Nejvíce uživatelů mělo praktickým lékařem indikované podávání léků per os. Celkem byla tato péče poskytnuta 88 uživatelům. Druhou nejčastější péčí bylo rehabilitační ošetřování, které bylo prováděno u 23 uživatelů. 7 uživatelům byla aplikovaná terapie s.c.. U 5 uživatelů se v během šetření odebírala krev. U 5 uživatelů se odebíral ostatní biologický materiál. U 3 uživatelů se terapie aplikovala i.m. Ošetřování permanentních močových katetrů a stomií se shodně provádělo u dvou uživatelů. Péče o ránu byla indikovaná celkem u 4 uživatelů (viz. graf č. 21).

Graf č. 21: Poskytované výkony zdravotní péče



Zdroj: Vlastní výzkum

Nejvíce zastoupený výkon zdravotní péče je podávání léčebné terapie per os (terapie p.o.). V celém zařízení představuje 78,5% ze všech prováděných výkonů. Ve službě domov pro seniory (DS) tvoří 68,2% a ve službě domova se zvláštním režimem (DZR) 80,1%. Druhým nejvíce poskytovaným výkonem jak v celém zařízení, tak v obou poskytovaných sociálních službách je rehabilitační ošetřování (RHB OSE).

V DS představuje 18,9% a v DZR 13,0% z poskytované zdravotní péče. Z veškeré poskytované péče tak tvoří 13,8% (viz. tabulka č. 8).

Tabulka č. 8: Procentuální zastoupení jednotlivých výkonů zdravotní péče

	Terapie p.o.	RHB OSE	Terapie s.c.	Terapie i.m.	Odběr krve	Odběr moče	OSE PMK	OSE stomie	OSE rány	celkem
DS	68,2%	18,9%	11,0%	0,3%	1,3%	0,3%	0%	0%	0%	100%
DZR	80,1%	13,0%	3,5%	0,3%	0,2%	0,2%	0,7%	0,7%	1,3%	100%
Zařízení	78,5%	13,8%	4,5%	0,3%	0,4%	0,2%	0,6%	0,6%	1,1%	100%

Zdroj: Vlastní výzkum

Medián kontaktů při podávání léčebné terapie per os a rehabilitačním ošetřování dosahuje 3 kontaktů v celém zařízení i v jednotlivých sociálních službách. Průměrný počet kontaktů při podávání terapie per os v DS je 3,4, v DZR 3,2 stejně jako v celém zařízení (viz. tabulka č. 9).

Tabulka č. 9: Počet kontaktů při poskytování jednotlivých výkonů zdravotní péče

	DS		DZR		Zařízení	
	medián	průměr	medián	průměr	medián	průměr
Terapie p.o.	3	3,4	3	3,2	3	3,2
RHB OSE	3	3	3	3	3	3
Terapie s.c.	2,5	2,5	2	2,2	2	2,3
Terapie i.m.	1	1	1	1	1	1
Odběr krve	1	1	1	1	1	1
Odběr moče	1	1	1	1	1	1
OSE PMK	0	0	1	1	1	1
OSE stomie	0	0	1	1	1	1
OSE rány	0	0	1	1	1	1

Zdroj: Vlastní výzkum

V době šetření mělo v zařízení praktickým lékařem indikované podávání léků per os celkem 88 uživatelů, z toho 23 mužů a 65 žen. V domě pro seniory byla tato péče vykazována u 9 uživatelů s 31 výkony provedenými denně. U 79 uživatelů domova se zvláštním režimem se výkon vykazoval celkem 250krát za den. Všechna indikovaná podání léků per os byla poskytována v průběhu celého týdne, tedy i o víkendech a státních svátcích.

Během jednoho týdne tak zdravotničtí pracovníci strávili celkem 19 670 minut podáváním léků per os. Vykázané body za tento výkon v daném období dosáhly výše 88 318,3. Zdravotní pojišťovna by měla za jedno indikované a vykázané podání léků per os v roce 2013 uhradit 40,41 Kč (44,9 bodů * 0,90 Kč). Celkové ekonomické náklady při podávání léků per os během šetření tak dosáhly výše 79 486,47 Kč (viz. tabulka č. 10).

Tabulka č. 10 : Podávání léků per os

06613	Počet	Počet intervencí		Celkový čas (minuty)		Vykázané body		Ekonomické náklady zdravotnické péče	
		den	týden	den	týden	den	týden	Kč/den	Kč/týden
Domov pro seniory									
muži	4	11	77	110	770	493,9	3457,3	444,51	3111,57
ženy	5	20	140	200	1400	898	6286	808,2	5657,4
Domov se zvláštním režimem									
muži	19	60	420	600	4200	2694	18858	2.424,6	16972,2
ženy	60	190	1330	1900	13300	8531	59717	7.677,9	53745,3
Zařízení celkem									
celkem	88	281	1967	2810	19670	12616,9	88318,3	11.355,21	79486,47

Zdroj: Vlastní výzkum

Rehabilitačního ošetřování indikuje praktický lékař pod kódem 06613 - ošetřovatelská intervence. U všech uživatelů, kteří měli indikované rehabilitační ošetřování, trvala celková intervence zdravotnických pracovníků 30 minut za den. Rehabilitační ošetřování bylo lékařem indikované pouze o všední dny. Nedocházelo tedy k jeho poskytování v době víkendů či státních svátků. Za 10 minutovou intervenci

by měla zdravotní pojišťovna uhradit 40,41 Kč (44,9 bodů * 0,9 Kč).

Rehabilitační ošetřování bylo praktickým lékařem indikováno celkem u 23 uživatelů. Z domova pro seniory byli 2 muži a 2 ženy, kdy celkový čas za den věnovaný rehabilitačnímu ošetřování činil 120 minut. V domově se zvláštním režimem bylo rehabilitační ošetřování vykázáno celkem u 19 uživatelů. Během jednoho dne se zdravotničtí pracovníci u těchto uživatelů věnovali celkem 570 minut rehabilitačnímu ošetřování.

Rehabilitační ošetřování poskytovali zdravotničtí pracovníci v době šetření celkem 3450 minut, kdy za poskytnutou péči vykázali 15490,5 bodů. Ekonomické náklady tak dosáhly výše 13941,45 Kč (viz. tabulka č. 11).

Tabulka č. 11: Rehabilitační ošetřování

06613	Počet	Počet intervencí		Celkový čas (minuty)		Vykázané body		Ekonomické náklady zdravotnické péče	
		den	týden	den	týden	den	týden	Kč/den	Kč/týden
Domov pro seniory									
muži	2	6	30	60	300	269,4	1347	242,46	1212,3
ženy	2	6	30	60	300	269,4	1347	242,46	1212,3
Domov se zvláštním režimem									
muži	4	12	60	120	600	538,8	2694	484,92	2424,6
ženy	15	45	225	450	2250	2020,5	10102,5	1818,45	9092,25
Zařízení celkem									
celkem	23	69	345	690	3450	3098,1	15490,5	2788,29	13941,45

Zdroj: Vlastní výzkum

Aplikace terapie s.c. se vykazuje pod kódem 06623. K výkonu se přičítá výkon ošetřovatelské intervence pod kódem 06613. Celková úhrada zdravotní pojišťovny za jeden výkon by tak měla dosahovat výše 44,91 Kč (49,9 bodů * 0,9 Kč).

Celkem 7 uživatelů mělo praktickým lékařem indikovanou aplikaci terapie s.c. V domově pro seniory byla péče poskytována jednomu muži a jedné ženě, kdy výkon se denně opakoval celkem 5krát. V domově se zvláštním režimem měli tento výkon indikovaný 2 muži a 3 ženy. Během dne jim byl výkon poskytován celkem 11krát.

Týdně strávili zdravotničtí pracovníci prováděním tohoto výkonu celkem 1120 minut. Bodů za poskytnutou péči bylo vykázáno celkem 5028,8. Během šetření tak dosáhly ekonomické náklady za poskytování této péče 4525,92 Kč (viz. tabulka č. 12).

Tabulka č. 12: Aplikace terapie s.c.

06623 + 06613	Počet uživatel	Počet intervencí		Celkový čas (minuty)		Vykázané body		Ekonomické náklady zdravotnické péče	
		den	týden	den	týden	den	týden	Kč/den	Kč/týden
Domov pro seniory									
muži	1	4	28	40	280	179,6	1257,2	161,64	1131,48
ženy	1	1	7	10	70	44,9	314,3	40,41	282,87
Domov se zvláštním režimem									
muži	2	5	35	50	350	224,5	1571,5	202,05	1414,35
ženy	3	6	42	60	420	269,4	1885,8	242,46	1697,22
Zařízení celkem									
celkem	7	16	112	160	1120	718,4	5028,8	646,56	4525,92

Zdroj: Vlastní výzkum

Aplikace terapie i.m. se vykazuje pod kódem 06623, kdy se k němu ještě přičítá kód 06613 – ošetrovatelská intervence. Výše úhrady zdravotní pojišťovny za jeden provedený úkon je stejná jako u předchozího výkonu, tedy 44,91 Kč (49,9 bodů * 0,9 Kč). Veškeré aplikace terapie i.m. byly praktickým lékařem indikované k poskytnutí pouze o všední den.

V době šetření měli indikovanou aplikaci terapie i.m. 3 uživatelky zařízení. V domově pro seniory se jednalo o jednu uživatelku, které byla jednou týdně aplikovaná injekce B12. Zdravotnický personál strávil nad poskytnutím této péče 10 minut týdně. V domově se zvláštním režimem měly tuto péči indikovanou dvě uživatelky. Dohromady u obou byla péče v týdnu poskytnuta 7krát, kdy čas dosáhl 70 minut.

Celkem byla aplikace terapie i.m. v době šetření poskytnuta a vykázána 8krát, kdy celkový čas výkonů činil 80 minut. Za provedenou péči bylo vykázáno celkem 399,2 bodů. Ekonomické náklady tak dosáhly výše 359,28 Kč (viz. tabulka č. 13).

Tabulka č. 13: Aplikace i.m.

06623 06613	Počet uživatel	Počet intervencí	Celkový čas (minuty)	Vykázané body	Ekonomické náklady zdravotnické péče
		týden	týden	týden	Kč/týden
Domov pro seniory					
muži	0	0	0	0	0
ženy	1	1	10	49,9	44,91
Domov se zvláštním režimem					
muži	0	0	0	0	0
ženy	2	7	70	349,3	314,37
Zařízení celkem					
celkem	3	8	80	399,2	359,28

Zdroj: Vlastní výzkum

Odběr krve se v zařízení uskutečnil během šetření celkem u 9 uživatelů. 4 z toho byli uživatelé domova pro seniory a 5 domova se zvláštním režimem. Celkový čas strávený zdravotnickým personálem při odběru krve činil tak činil 90 minut. Ekonomické náklady dosáhly výše 444,69 Kč.

Odběr krve indikoval ošetřující lékař společně s ošetřovatelskou intervencí. Platba zdravotní pojišťovny za jeden vykázaný odběr krve by měla být ve výši 49,41 Kč (54,9 bodů * 0,9 Kč) (viz. tabulka č. 14).

Tabulka č. 14: Odběr krve

06621 + 06613	Počet uživatel	Počet intervencí	Celkový čas (minuty)	Vykázané body	Ekonomické náklady zdravotnické péče
		týden	týden	týden	Kč/týden
Domov pro seniory					
muži	2	2	20	109,8	98,82
ženy	2	2	20	109,8	98,82
Domov se zvláštním režimem					
muži	1	1	10	54,9	49,41
ženy	4	4	40	219,6	197,64
Zařízení celkem					
celkem	9	9	90	494,1	444,69

Zdroj: Vlastní výzkum

Během šetření lékař naordinoval celkem 5 odběrů jiného biologického materiálu nežli krve. Ve všech případech se jednalo o odběr moče. Celkový čas, kdy byli zdravotničtí pracovníci plně vytiženi tímto výkonem, činil 50 minut. Ekonomické náklady dosáhly výše 247,05 Kč.

Odběr ostatního biologického materiálu se vykazuje zdravotní pojišťovně stejným způsobem jako odběr krve (viz. tabulka č. 15).

Tabulka č. 15: Odběr ostatního biologického materiálu

06621 + 06613	Počet uživatel	Počet intervencí	Celkový čas (minuty)	Vykázané body	Ekonomické náklady zdravotnické péče
		týden	týden	týden	Kč/týden
Domov pro seniory					
muži	1	1	10	54,9	49,41
ženy	0	0	0	0	0
Domov se zvláštním režimem					
muži	2	2	20	109,8	98,82
ženy	2	2	20	109,8	98,82
Zařízení celkem					
celkem	5	5	50	274,5	247,05

Zdroj: Vlastní výzkum

Ošetřování permanentního močového měchýře je ohodnoceno 10 body. Výkon se vykazuje společně s výkonem ošetřovatelské intervence. Výše úhrady zdravotní péči za jeden vykázaný výkon tak činí 49,41 Kč (54,9 bodů * 0,9 Kč).

Tento výkon měli v době šetření indikovaný dva muži, kteří užívají službu domova se zvláštním režimem. Oba mají jako vedlejší diagnózu stanovenou N40 zbytnění prostaty. Péče byla lékařem indikovaná na každý den. Během šetření se zdravotničtí pracovníci věnovali tomuto výkonu celkem 140 minut, kdy bylo vykázáno 476 bodů. Ekonomické náklady tak dosáhly výše 691,74 Kč (viz. tabulka č. 16).

Tabulka č. 16: Ošetřování permanentních močových katetrů

06631 + 06613	Počet uživatel	Počet intervencí		Celkový čas (minuty)		Vykázané body		Ekonomické náklady zdravotnické péče	
		den	týden	den	týden	den	týden	Kč/den	Kč/týden
Domov pro seniory									
muži	0	0	0	0	0	0	0	0	0
ženy	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Domov se zvláštním režimem									
muži	2	2	14	20	140	109,8	768,6	98,82	691,74
ženy	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Zařízení celkem									
celkem	2	2	14	20	140	109,8	476	98,82	691,74

Zdroj: Vlastní výzkum

Ošetřování stomií se vykazuje společně s výkonem ošetřovatelské intervence. Zdravotní pojišťovna má uhradit za jeden výkon 60,21 Kč (66,9 bodů * 0,9 Kč).

Ošetřování stomií zdravotnickými pracovníky vyžadoval zdravotní stav dvou uživatelů domova se zvláštním režimem. Lékař indikoval poskytování této péče 1krát za den, kdy výkon byl poskytován i o víkendech a státních svátcích. Celkový čas věnovaný poskytování této péči byl během šetření 140 minut, kdy bylo vykázáno 644 bodů. Ekonomické náklady ošetřování stomií tak dosáhly výše 842,94 Kč (viz. tabulka č. 17).

Tabulka č. 17: Ošetřování stomií

06639 + 06613	Počet uživatel	Počet intervencí		Celkový čas (minuty)		Vykázané body		Ekonomické náklady zdravotnické péče	
		den	týden	den	týden	den	týden	Kč/den	Kč/týden
Domov pro seniory									
muži	0	0	0	0	0	0	0	0	0
ženy	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Domov se zvláštním režimem									
muži	0	0	0	0	0	0	0	0	0
ženy	2	2	14	20	140	133,8	936,6	120,42	842,94
Zařízení celkem									
celkem	2	2	14	20	140	133,8	936,6	120,42	842,94

Zdroj: Vlastní výzkum

Péče o ránu byla indikována u 4 uživatelů domova se zvláštním režimem. U všech uživatelů se jednalo o defekt do 10 cm², takže indikovaná péče byla v rozsahu 10 minut každý den včetně víkendů a státních svátků.

Platba zdravotní pojišťovny za jeden 10minutový výkon má být ve výši 70,11 Kč (77,9 bodů * 0,9 Kč). Zdravotničtí pracovníci byli v průběhu šetření celkem 280 minut vytížení poskytováním této péče. Vykázáno bylo 2013,2 bodů, kdy ekonomické náklady za poskytnutou péči dosáhly výše 1811,88 Kč (viz. tabulka č. 18).

Tabulka č. 18: Péče o ránu

06629 + 06613	Počet uživatel	Počet intervencí		Celkový čas (minuty)		Vykázané body		Ekonomické náklady zdravotnické péče	
		den	týden	den	týden	den	týden	Kč/den	Kč/týden
Domov pro seniory									
muži	0	0	0	0	0	0	0	0	0
ženy	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Domov se zvláštním režimem									
muži	1	1	7	10	70	77,9	503,3	70,11	452,97
ženy	3	3	21	30	210	215,7	1509,9	194,13	1358,91
Zařízení celkem									
celkem	4	4	28	40	280	287,6	2013,2	258,84	1811,88

Zdroj: Vlastní výzkum

Bonifikační kód 06645 slouží ke zhodnocení práce zdravotní sestry v době od 22.00 do 06.00. V jednom týdnu může být takto zhodnoceno 3.360 minut, které představují 2.688 bodů. Ekonomické zvýhodnění tak představuje 2.419,2 Kč.

Bonifikační kód 06646 zhodnocuje práci zdravotní sestry v době víkendů a státních svátků. Během šetření v zařízení bylo zjištěno, že o denní služby o víkendech slouží v zařízení dvě zdravotní sestry. Zhodnotit tímto kódem tak celkem během jednoho týdne lze 4.320 minut. Vykázat lze tedy 3.456 bodů. Ekonomické zvýhodnění tímto kódem tak může týdně dosáhnout výše 3.110,4 Kč.

Celkem může zařízení vykázat až 6.144 bonifikačních bodů během jednoho týdne, kdy oba kódy jsou ohodnoceny 8 body. Příplatek zdravotních pojišťoven za práci zdravotních sester tak maximálně může vzrůst o 5.529,6 Kč týdně. Bonifikační body

nebyly zahrnuty do výpočtů ekonomických nákladů výše uvedených jednotlivých úkonů zdravotní péče (viz. tabulka č. 19).

Tabulka č. 19: Přehled maximálně možných bonifikačních kódů

	Minut týdně	Vykázané body týdně	Ekonomické náklady týdně
06645	3.360	2.688	2.419,2
06646	4.320	3.456	3.110,4
celkem	7.680	6.144	5.529,6

Zdroj: Vlastní výzkum

Během šetření zařízení vykazalo 60 048 bodů za tzv. pracovní kódy, které slouží k proplacení času zdravotnického personálu. Předpokládaný počet bodů za 30 kalendářních dnů pak představuje 257 348. Výše úhrady od zdravotní pojišťovny by tak měla dosáhnout výše 231 613 Kč (viz. tabulka č. 20).

Tabulka č. 20: Přehled pracovních kódů

	Bodů za týden	Předpokládané body za 30 dnů	Předpokládané ekonomické náklady za 30 dnů
Pracovní kódy	60048	257348	231613,2 Kč

Zdroj: Vlastní výzkum

Poskytování zdravotní péče v zařízení se věnuje celkem 12 zdravotnických pracovníků. 2 z nich mají týdenní fond pracovní doby 40 hodin, což na týden představuje 4 800 minut. Týdenní fond pracovní doby u zbylých 9 pracovníků je 37,5 hodin. Představuje tak 20 250 minut. Týdenní fond pracovní doby všech zdravotnických pracovníků tak činí 25 050 minut (viz. tabulka č. 21).

Tabulka č. 21: Fond pracovní doby zdravotnických pracovníků

Úvazek hodin/týden	Počet pracovníků	Hodin týdně	Minut týdně	Celkem minut týdně
40	2	80	4800	25050
37,5	9	337,5	20250	

Zdroj: Vlastní výzkum

Zdravotní pracovníci vykonali celkem 2502 intervencí zdravotní péče v celkovém čase 25020 minut. V domově pro seniory bylo provedeno 318 intervencí v celkovém čase 3180 minut. V domově se zvláštním režimem bylo provedeno 2184 intervencí v celkovém čase 21840 minut.

Zdravotní pracovníci vykážali celkem 11.3723,8 bodů za poskytnutou zdravotní péči v době šetření. Ekonomické náklady na práci zdravotnických pracovníků tak dosáhly výše 102351,42 Kč za týden. Celkové ekonomické náklady poskytnuté zdravotní péče včetně započítaných maximálních možných financí z bonifikačních kódů tak mohla dosáhnout výše 108495,42 (viz. tabulka č. 22).

Tabulka č. 22: Údaje o vykázané zdravotní péči v době šetření

Počet uživatel	Počet intervencí	Celkový čas (minuty)	Vykázané body	Ekonomické náklady zdravotnické péče	Předpokládané ekonomické náklady
	Týden	Týden	Týden	Kč/týden	Kč/30 dní
Domov pro seniory					
13	318	3180	14333,2	12899,88	55285,2
Domov se zvláštním režimem					
82	2184	21840	99390,6	89451,54	383363,74
Zařízení celkem					
95	2502	25020	113723,8	102351,42	438648,94

Zdroj: Vlastní výzkum

Průměrná platba zdravotních pojišťoven na jednoho uživatele domova pro seniory dosáhla během šetření výše 348,6 Kč. Předpokládaná výše platby za 30 dní by měla dosáhnout výše 1494,2 Kč.

U uživatelů domova se zvláštním režimem představovala platba na jednoho uživatele v době šetření částku 972,3 Kč. Předpokládaná výše platby za 30 dnů by měla dosáhnout výše 4167,0 Kč.

Během provedeného šetření dosahovala průměrná platba zdravotních pojišťoven na jednoho uživatele 793,4 Kč. Předpokládaná výše průměrné platby za 30 dní tak představuje částku 3400,3 Kč (viz. tabulka č. 23).

Tabulka č. 23: Průměrná výše plateb zdravotních pojišťoven na jednoho uživatele

	Průměrná platba zdravotní pojišťovny	
	Týden	Předpoklad za 30 dnů
Domov pro seniory	348,6 Kč	1494,2 Kč
Domov se zvláštním režimem	972,3 Kč	4167,0 Kč
Zařízení celkem	793,4 Kč	3400,3 Kč

Zdroj: Vlastní výzkum

5 Diskuze

Problematika souběhu poskytování sociálních a zdravotních služeb je specifická pro Českou republiku. V jiných zemích Evropské unie jsou tyto služby poskytovány ve zcela přirozeném souběhu.

Poskytovatelé pobytových zařízení sociálních služeb jsou povinni dle § 36 zákona č. 108/2006 Sb., o sociálních službách, v platném znění, zajistit svým uživatelům zdravotní péči (66). Zdravotní péče poskytovaná v pobytových zařízeních sociálních služeb spadá do kategorie zvláštní ambulantní péče. Dle § 22 zákona č. 48/1997, o veřejném zdravotním pojištění, v platném znění, je takto poskytovaná zdravotní péče hrazena ze systému zdravotního pojištění (68).

Již dlouhou dobu se vedou diskuze nad způsobem vykazování a úhrady zdravotní péče poskytované v pobytových zařízeních sociálních služeb. V současné době je uplatňován výkonový model. Výhody výkonového modelu spatřuje Průša především v tom, že při dodržení všech pravidel podává poměrně objektivní obraz o rozsahu a objemu zdravotní péče poskytované uživateli v návaznosti na jeho aktuální zdravotní stav. Další výhodou je spojení tohoto modelu s tlakem na kvalitu poskytované péče. Naopak mezi nevýhody výkonového modelu řadí jeho značnou míru chybnosti, která je způsobená prací s velkým množstvím dat, motivaci k nadprodukcí dodatečných výkonů a především v tom, že je tento model velice administrativně náročný (45). Řada odborníků se proto přiklání k modelu paušálních úhrad, který je administrativně velmi jednoduchý. Tento model je ovšem nedostatečně motivující ke zvyšování kvality péče. Naopak motivuje k odkládání zdravotní péče a vykazování neprovedené péče. Navíc nepodává objektivní obraz o rozsahu a objemu zdravotní péče poskytované uživateli v návaznosti na jeho aktuální zdravotní stav.

Má diplomová práce měla za cíl provést analýzu nákladů na poskytovanou ošetrovatelskou a rehabilitační péči v pobytových zařízeních sociálních služeb. Pro realizace svého výzkumu jsem na základě účelového výběru zvolila Domov důchodců Roudnice nad Labem (dále jen zařízení), které poskytuje pro své uživatele sociální

služby domova pro seniory a domova se zvláštním režimem. Celková kapacita zařízení je 132 lůžek. Potřebná data byla získána ze systému Cygnus po přechodí konzultaci s manažerkou zdravotní péče zařízení. Ta před zahájením výzkumu sdělila, že veškerá zdravotní péče, která je uživatelům zařízení poskytnutá, je zaznamenávána do systému Cygnus. Data o uživatelích byla zaznamenávána do předem vytvořeného formuláře, určeného pro každého uživatele samostatně (viz. příloha č. 1). V době prováděného šetření byly sociální služby zařízení poskytovány 129 uživatelům.

Zařízení plní svou povinnost, kterou mu stanovuje § 36 zákona č. 108/2006 Sb., o sociálních službách, v platném znění, prostřednictvím autorské odbornosti 913 s názvem všeobecná sestra v sociálních službách. Všeobecná sestra se tak stává zaměstnancem zařízení. Prošková uvádí, že právě tento způsob zajištění zdravotní péče je zákonodárci jednoznačně upřednostňován (43). Oproti využití odbornosti 911 (všeobecná sestra v ambulanci praktického lékaře) či odbornosti 925 (všeobecná sestra domácí zdravotní péče) spatřuji výhody tohoto plnění především v tom, že zdravotničtí pracovníci jsou v zařízení přítomni 24 hodin denně. Domnívám se, že zdravotní stav u značné části uživatelů, a to zejména uživatelů domova se zvláštním režimem, vyžaduje nepřetržitou přítomnost odborně vzdělaných zdravotnických pracovníků. Vycházím přitom ze skutečnosti, že v zařízení má celkem 78,3% uživatelů přiznán příspěvek na péči různého stupně, kdy ten je přiznáván na základě dlouhodobě nepříznivého zdravotního stavu (66). Právě přítomnost odborně vzdělaných zdravotnických pracovníků zvyšuje kvalitu poskytovaných služeb v zařízení. I VZP ČR uvádí, že odstranění pozice všeobecných sester ze sociálních služeb by bylo krokem zpátky a vedlo by ke zhoršení kvality poskytovaných služeb (56).

V době šetření poskytovalo zařízení své sociální služby celkem 129 uživatelům, z nichž 37 poskytovali služby domova pro seniory a 92 služby domova se zvláštním režimem. 26,4% uživatelů byli muži a 73,6% tvořily ženy (viz. tabulka č. 1). Průměrný věk všech uživatelů byl 83 let. Medián věku u všech mužů byl 83 let a u žen 85 let. Nejmladšímu uživateli bylo 65 let a nejstaršímu 102 let (viz. tabulka č. 2). V zařízení byla nejvíce zastoupená věková skupina uživatelů 85-94 let, která celkem představovala 45,0% ze všech uživatelů (viz. graf č. 4). Rozdělení uživatelů podle zdravotních

pojišťoven je uvedeno v tabulce č. 3. 35,7% uživatelů má zdravotní pojištění u VZP ČR. Rozdělení uživatelů zařízení podle výše přiznaného příspěvku na péči je uveden v tabulce č. 4. Nejvíce uživatelů pobírá příspěvek na péči 2. a 3. stupně, kdy každá skupina tvoří 24,0% ze všech uživatelů. Z grafu č. 5 vyplývá, že celých 56,7% uživatelů domova pro seniory nepobírá příspěvek na péči. Vzhledem k tomu, že financování pobytových zařízení sociálních služeb je oproti poskytování ostatních forem sociálních služeb, nejnákladnější, nerozumím tomu, proč jsou pobytové sociální služby poskytované lidem bez přiznaného příspěvku na péči. Domnívám se, že zařízení tím přichází o značné množství finančních prostředků, když celá výše příspěvku na péči náleží poskytovateli pobytových sociálních služeb vyjma týdenního stacionáře, kterému náleží 75% výše příspěvku na péči (66). Dle mého názoru by pobytové sociální služby měli lidé využívat až po tom, co terénní a ambulantní sociální služby již nedokážou dostatečně uspokojovat jejich potřeby.

I na základě rozdělení uživatelů dle výsledků Barthelova testu základních všedních činností lze konstatovat, že uživatelé domova se zvláštním režimem jsou závislejší na péči jiných fyzických osob (viz. graf č. 15), nežli je tomu u uživatelů domova pro seniory (viz. graf č. 14). Osoby hodnocené jako nezávislé tvoří v domově pro seniory 59,5%. Naproti tomu v domově se zvláštním režimem jsou dominantní skupinou uživatelů ti, kteří jsou hodnoceni jako vysoce závislí. Celkem se jedná o 43,4%.

Hodnocení stupně závislosti člověka na péči jiné fyzické osoby pro účely přiznání příspěvku na péči provádějí posudkoví lékaři Okresních správ sociálního zařízení. Barthelův test základních všedních činností u uživatelů pobytových zařízení sociálních služeb vyhodnocují jejich klíčový pracovníci, kteří jsou bezmála v každodenním kontaktu s uživatelem. Nabízí se proto zajímavá možnost orientačního porovnání závislosti uživatelů z pohledu posudkových lékařů a z pohledu klíčových pracovníků pobytových zařízení sociálních služeb zaznamenaný v tabulce č. 5 a č. 6. V domově pro seniory se hodnocení závislosti liší pouze u dvou uživatelů, kteří nemají přiznaný příspěvek na péči. Klíčový pracovníci závislost jednoho hodnotí jako střední a druhého jako vysoce závislého. Naproti tomu u uživatelů domova se zvláštním režimem

již dochází k větším rozdílům v hodnocení jejich závislosti posudkovým lékařem a klíčovým pracovníkem zařízení. U třech uživatelů, které posudkový lékař hodnotí jako nezávislé, shledali jejich klíčoví pracovníci závislost středního stupně respektive vysokou závislost. 18 uživatelů označili posudkoví lékaři jako osoby s lehkou závislostí. Závislost dvou z nich jejich klíčoví pracovníci hodnotí středním stupněm závislosti a jednoho jako vysoce závislého. Z celkově 24 uživatelů, jejichž posudkovým lékařem je jejich závislost označená za středně těžkou, vnímají klíčoví pracovníci 4 jako vysoce závislé a 1 jako nezávislého. Hodnocení závislosti posudkových lékařů u uživatele s těžkou a úplnou závislost se ve většině případů shoduje s hodnocením klíčových pracovníků.

Sociální službu domova pro seniory využívá v zařízení celkem 56,8 % uživatelů se základní diagnózou dle Mezinárodní klasifikace nemocí v kategorii nemoci oběhové soustavy (viz graf. č. 8). U uživatelů domova se zvláštním režimem má 33,7 % diagnostikováno základní onemocnění také z kategorie nemoci oběhové soustavy. Stejně velká je i skupina uživatelů, kteří mají základní onemocnění z kategorie nemoci duševní a poruchy chování (viz graf č. 9).

U uživatelů domova pro seniory je v 62,2% zaznamenáno smyslové omezení, 62,2% omezení mobility a u 5,4% porucha orientace (viz. graf č. 11). Naproti tomu u uživatelů domova se zvláštním režimem smyslové omezení vyskytuje u 94,6%, omezení mobility u 73,9% a porucha orientace u 91,3% uživatelů (viz. graf č. 12). V obou sociálních službách jsou dle hodnocení rizika pádu dle Conleyové nejpočetnější skupinou uživatelé se středním rizikem pádu. V domově pro seniory představuje 64,9% uživatelů (viz. graf č. 17) a v domově se zvláštním režimem tvoří ti tito uživatelé 75% (viz. graf č. 18).

Z výzkumu publikovaným Průšou v roce 2009 vyplynulo, že zdravotní pojišťovny hradily jen minimum zdravotní péče, která byla poskytována uživatelům pobytových zařízení sociálních služeb (45). Můj výzkum toto nepotvrdil. Zařízení vykazuje na zdravotní pojišťovnu všechny úkony, které ošetřující lékař uživateli indikuje, a zdravotničtí pracovníci jej uživateli poskytnou. Jinými slovy zdravotničtí pracovníci neposkytují jinou péči než takovou, která je uživateli praktickým lékařem

indikovaná a zdravotní pojišťovnou hrazená. Domnívám se, že toto je výsledkem dobře odvedené práce managementu zařízení. Při vyjednávání o podmínkách se zdravotní pojišťovnou se nestavěli do pozice pasivního příjemce diktátu, jak popisuje mnohé poskytovatele Kaplan (18), ale stali se zdravotním pojišťovnou rovnocenným partnerem. Ekonomické náklady poskytnuté zdravotní péči v zařízení během šetření dosáhly výše 102351,42Kč. Předpokládané ekonomické náklady za 30 dní by pak měly dosahovat výše 438648,94 Kč (viz. tabulka č. 22). Z výroční zprávy zařízení pak bylo zjištěno, že úhrady od zdravotních pojišťoven za měsíc listopad 2013 dosáhly výše 445300 Kč (3).

Provedený výzkum v zařízení zjistil, že praktický lékař neordinuje zdravotní péči pro uživatele na Poukaz na poskytnutí nehrazené ošetrovatelské a rehabilitační péče. Tento poukaz lékař vystavuje tehdy, jeli nezbytná intervence zdravotnických pracovníků, ale v důsledku nedostatku pracovního fondu zdravotnických pracovníků, jí není možné vykázat na zdravotní pojišťovnu. Z doposud provedených výzkumů vyplývá, že se jedná především o podávání léků per os. Nelékařští zdravotničtí pracovníci nejsou kompetentní k tomu, aby jakkoli měnili nebo upravovali lékařem stanovenou zdravotní péči (24). Podá-li zdravotnický pracovník léky per os z vlastní iniciativy, dostává se do rozporu se zákonem, který mu výslovně ukládá za povinnost poskytovat pouze lékařem indikovanou zdravotní péči. Pobytová zařízení sociálních služeb by měla chtít po lékařích alespoň takto indikovanou péči, aby chránila své zdravotnické pracovníky. Pobytovým zařízením sociálních služeb, kterým je lékařem indikovaná nehrazená zdravotní péče, bych doporučovala přijmout zdravotnické pracovníky na dohodu o pracovní činnosti. Díky těmto pracovníkům by došlo k navýšení časové možnosti pro vykazování zdravotní péče na zdravotní pojišťovny. Následně by lékař mohl indikovat péči na poukaz ORP a zařízení by tak nemuselo provádět zdravotní péči zdarma.

Výzkumem bylo zjištěno, že zdravotničtí pracovníci provedli v intervalu od 18.11.2013 do 24.11.2013 celkem 2502 intervencí, které byly vykázány na zdravotní pojišťovny jako 10 minutové výkony. Zdravotní personál tak strávil výkonem zdravotní péče poskytované na základě indikace praktického lékaře celkem 25020 minut (viz.

tabulka č. 22). Fond pracovní doby zdravotnického personálu uvedený v tabulce č. dosahuje týdně výše 25050 minut (viz tabulka č. 21). Lze tedy konstatovat, že Hypotéza č. 1 – Počet zdravotnických pracovníků v pobytových zařízeních sociálních služeb odpovídá časové náročnosti praktickým lékařem indikované zdravotní péče, byla potvrzena.

Holmerová s Válkovou uvádějí, že výkon zdravotní péče 06613 – ošetrovatelská intervence slouží především k proplacení času všeobecné sestry v sociálních službách, který stráví při výkonu praktickým lékařem ordinované zdravotní péče (16). Dle Žáčkové výše úhrad zdravotních pojišťoven nedosahuje takové výše, aby pokryla mzdové náklady spojené s touto profesí. Toto potvrzuje i Procházka, který uvádí, že pobytovým zařízením sociálních služeb vzniká za každou hodinu práce všeobecné sestry ztráta ve výši 140,64 Kč (42). VZP ČR proti tomuto oponuje s tím, že všeobecná sestra se v pobytových zařízeních sociálních služeb nevěnuje pouze výkonům zdravotní péče. Uvádějí, že všeobecné sestry se podílejí i na úkonech přímé obslužné péče, která nemůže být hrazena ze systému zdravotního pojištění (55). Stanovisko VZP můj výzkum nepotvrdil. Z tabulky č. je patrné, že zdravotničtí pracovníci zařízení strávili z 25050 možných minut 25020 minut při poskytování zdravotní péče indikované praktickým lékařem (viz. tabulka č. 21 a 22). Lze tedy konstatovat, že zdravotní pracovníci jsou plně vytížení poskytováním praktickým lékařem indikované zdravotní péče u uživatelů zařízení.

Výzkumem bylo zjištěno, že zdravotničtí pracovníci poskytovali u uživatelů zařízení celkem 9 úkonů zdravotní péče. Konkrétně bylo poskytováno podávání léků per os, rehabilitační ošetřování, aplikace léčebné terapie s.c., aplikace léčebné terapie i.m., odběr krve, odběr ostatního biologického materiálu, ošetřování permanentního močového katetru, ošetřování stomií a péče o ránu (viz graf č. 21 a tabulka č. 8).

Podávání léčebné terapie per os je zaznamenáno v tabulce č. 10. V době výzkumného šetření zdravotničtí pracovníci podávali léky per os u 88 uživatelů, tedy u 68,2% ze všech uživatelů. Při tomto výkonu bylo provedeno 1967 intervencí. Podávání léků per os tak představuje 78,5% z veškeré zdravotní péče, která byla indikována praktickým lékařem uživatelům zařízení (viz tabulka č. 8). Median kontaktů, uvedený

v tabulce č. 9 u jednoho uživatele dosáhl výše 3 kontaktů. U uživatelů domova pro seniory představuje podávání léků per os 68,2% z veškeré poskytované zdravotní péče. U uživatelů domova se zvláštním režimem pak představuje 80,1% (viz. tabulka č. 8). Hypotéza č. 2 - Podávání léčebné terapie per, kterou indikuje praktický lékař, je nejčastěji poskytovanou zdravotní péčí u uživatelů pobytových zařízeních sociálních služeb., tak byla výzkumem potvrzena.

Smyslová omezení, porucha orientace i porucha mobility jsou častěji zaznamenány u uživatelů, kteří mají praktickým lékařem indikované podávání léků per os než u uživatelů, kterým se tato péče neposkytuje. Smyslové omezení má 96,6% uživatelů, kterým zdravotnický personál podává léky per os. U 88,6% z nich byla navíc zaznamenána porucha orientace. 76,1% těchto uživatelů jsou nějakým způsobem omezeni na mobilitě. Naproti tomu u uživatelů, jimž se léky per os nepodávají, byla smyslová omezení zaznamenána u 61,0%, porucha orientace u 19,5% a porucha mobility u 36,6%. U poruchy komunikace nebyl zaznamenán žádný rozdíl mezi těmito skupinami uživatelů (viz graf č. 20). Porovnáním mediánu příspěvku na péči a výsledků Barthelova testu základních všedních činností lze konstatovat, že uživatelé, kteří mají praktickým lékařem indikované podávání léků per os, jsou závislejší na pomoci jiné osoby. Medián stupně závislosti příspěvku na péči a výsledků Barthelova testu základních všedních činností u uživatelů, kteří mají indikované podávání léků per os, dosahuje 2 stupně (středně těžká závislost), respektive 3 (závislost středního stupně) stupně. U uživatelů, kterým zdravotničtí pracovníci nepodávají léky per os, pak medián dosahuje stupně 0 (nezávislí), respektive 1 (nezávislí) (viz. tabulka č. 7).

V tabulce č. 23 jsou zpracovány průměrné výše plateb zdravotních pojišťoven na jednoho uživatele zařízení. Během výzkumu (týden) výše plateb za jednoho uživatele domova pro seniory byla 348,6 Kč, kdy předpokládaná platba za 30 dnů byla ve výši 1494,2 Kč. Dle Průši dosahovala průměrná platba zdravotních pojišťoven za jednoho uživatele domova pro seniory v roce 2009 průměrné výše 1265 Kč. V domově se zvláštním režimem dosáhla průměrná výše plateb na jednoho uživatele výše 972,3 Kč, kdy předpokládaná výše platby za 30 dnů byla 4167 Kč. Průměrná výše plateb v roce 2009 pak dosahovala výše 1973 Kč (45). Ke zvýšení plateb zdravotních pojišťoven

došlo podle mého názoru především proto, že poskytnutá zdravotní péče v zařízení je řádně indikovaná praktickým lékařem a řádně vykázána zdravotním pojišťovněm. Předpokládaná průměrná výše plateb zdravotních pojišťoven na jednoho uživatele celého zařízení za 30 dní pak dosáhla výše 3400,3 Kč.

I přesto, že výzkum prokázal navýšení průměrných plateb zdravotních pojišťoven na jednoho uživatele oproti roku 2009, nadále platby nedostačují k proplacení mzdových nákladů zdravotnických pracovníků zařízení. Ze strany řady poskytovatelů pobytových zařízeních sociálních služeb a odborníků je snaha převést systém úhrady zdravotní péče z výkonového modelu a model paušálních úhrad. Domnívám se, že řešení souběhu poskytování zdravotní a sociální péče si vyžaduje zcela jiné koncepční řešení. Řešení bych spatřovala právě v zavedení dlouhodobé péče dle systému long-term care a systému zdravotně sociálního pojištění jako je tomu jiných zemí OECD (Organizace pro hospodářskou spolupráci a rozvoj).

6. Závěr

Problematikou financování zdravotní péče v pobytových zařízeních sociálních služeb se zabývá řada odborníků. Z výzkumu provedeným Průšou v roce 2009 bylo zjištěno, že zdravotní pojišťovny hradily jen minimum zdravotní péče, která byla poskytována uživatelům pobytových zařízeních sociálních služeb (45).

Cílem mé diplomové práce bylo provést analýzu nákladů na poskytování ošetrovatelské a rehabilitační péče v pobytových zařízeních sociálních služeb. V teoretické části diplomové práce jsem se zabývala popisem pobytových zařízeních sociálních služeb, jejich financováním a poskytováním zdravotní péče jejich uživatelům. Praktická část diplomové práce se pak zabývala zpracováním samotného výzkumu, kdy byla popsána metodika a charakterizován výzkumný soubor. Dále byla zpracována data, která byla získána během výzkumného šetření, kdy se nejdříve zabývám statistickým popisem struktury uživatelů zařízení a následně zdravotní péče, která byla uživatelům poskytnuta.

Výzkumné šetření bylo provedeno v Domově důchodců Roudnice nad Labem (dále jen „zařízení“). Zařízení poskytuje svým uživatelům sociální službu domova pro seniory a sociální službu domova se zvláštním režimem. V době šetření bylo v zařízení 129 uživatelů, z nichž 95 byla poskytována zdravotní péče prostřednictvím vlastních zdravotních pracovníků zařízení.

Pro tuto práci byly stanoveny dvě hypotézy. Hypotéza č. 1 - Počet zdravotních pracovníků v pobytových zařízeních sociálních služeb odpovídá časové náročnosti praktickým lékařem indikované zdravotní péče, byla provedeným výzkumem potvrzena. Zdravotní péči v zařízení poskytuje celkem 11 zdravotnických pracovníků, jejichž týdenní fond pracovní doby je 25050 minut. Během šetření poskytli uživatelům zařízení zdravotní péči v celkové době 25020 minut.

Hypotéza č. 2 – Podávání léčebné terapie per, kterou indikuje praktický lékař, je nejčastěji poskytovanou zdravotní péčí u uživatelů pobytových zařízení sociálních služeb, byla výzkumem také potvrzena. V době výzkumného šetření zdravotní

pracovníci podávali léky per os u 88 uživatelů, tedy u 68,2% ze všech uživatelů. Při tomto výkonu bylo provedeno 1967 intervencí. Podávání léků per os tak představuje 78,5% z veškeré poskytnuté zdravotní péče, která byla indikována praktickým lékařem uživatelům zařízení. U uživatelů domova pro seniory představuje podávání léků per os 68,2% z veškeré poskytované zdravotní péče. U uživatelů domova se zvláštním režimem pak představuje 80,1%.

Dále bylo výzkumem zjištěno, že zařízení vykazuje na zdravotní pojišťovnu všechny úkony, které ošetřující lékař uživateli indikuje, a zdravotničtí pracovníci jej uživateli poskytnou. Jinými slovy zdravotní pracovníci neposkytují jinou zdravotní péči než takovou, která je uživateli praktickým lékařem indikovaná a zdravotní pojišťovnou hrazená.

Význam své práce spatřuji především v tom, že nastínila, jak je v současné době poskytována zdravotní péče v pobytových zařízeních sociálních služeb. Zpracované výsledky poskytované zdravotní péče by pak mohly sloužit jako jeden z podkladů při tvorbě návrhu přechodu financování zdravotní péče v pobytových zařízeních sociálních služeb z modelu výkonového na paušální model. Práce by mohla být dále použita jako podklad pro školení zdravotních pracovníků pobytových zařízení sociálních služeb v oblasti indikace, poskytování a vykazování zdravotní péče u uživatelů pobytových zařízení sociálních služeb.

7 Seznam použitých zdrojů

- 1) APSS, AKČR, VZP ČR. [online]. 2014 [cit. 2014-07-31]. *Memorandum o dohodě na úhradových mechanismech 2012-2014 a o dohodě na smírném ukončení soudních sporů*. Dostupné z <http://www.asociacekrajů.cz/dokumenty/memoranda-o-spolupraci/rok-2014/>
- 2) ČTVRTNÍČEK, J. a M. LEJSAL. [online]. 2013 [cit. 2014-06-19]. *Sociální služby a způsoby financování – podklad k odborné diskusi*. Dostupné z <http://podporaprocesu.cz/wp-content/uploads/2013/01/Varianty-financování.pdf>
- 3) DOMOV DŮCHODCŮ ROUDNICE NAD LABEM [online]. 2014 [cit. 2014-05-19]. *Výroční zpráva za rok 2013*. Dostupné z http://www.domovsenioru.cz/vyrocní_zpravy/Vyrocní_zprava_2013.pdf
- 4) DVOŘÁČKOVÁ, D. *Kvalita života seniorů*. 1. vyd. Praha: Grada, 2012. 112 s. ISBN 978-80-247-4138-3.
- 5) EVROPSKÝ SOCIÁLNÍ FOND V ČR. [online]. 2014 [cit. 2014.06.01]. *Operační program zaměstnanost 2014-2020*. Dostupné z <http://www.esfcr.cz/op-zamestnanost-2014-2020>
- 6) EVROPSKÝ SOCIÁLNÍ FOND V ČR. [online]. 2014 [cit. 2014.06.01]. *Statistická data – oblast podpory 3.1*. Dostupné z <http://www.esfcr.cz/statisticka-data-oblast-podpory-3-1>
- 7) EVROPSKÝ SOCIÁLNÍ FOND V ČR. [online]. 2014 [cit. 2014.06.01]. *Statistická data – oblast podpory 3.2*. Dostupné z <http://www.esfcr.cz/statisticka-data-oblast-podpory-3-2>
- 8) GAVORA, P. *Úvod do pedagogického výzkumu*. Brno: Paido, 2000. ISBN 80-85931-79-6.
- 9) HALÁSKOVÁ, R. *Význam standardizace sociálních služeb v době jejich liberalizace*. Praha: VÚPSV, v.v.i., 2013. 137 s. ISBN 978-80-7416-118-6.
- 10) HALUZA, P. *Obrana Je možná. Rezidenční péče*. 2012, vol. 8, no. 3, s. 6-8. ISSN 1801-8718.

- 11) HALUZA, P. Souboj Davida s Goliášem není předem prohraný. *Rezidenční péče*. 2010, vol. 6, no. 1, s. 6-7. ISSN 1801-8718.
- 12) HALUZA, P. Spor o úhradové dodatky směřuje k rozuzlení. *Rezidenční péče*. 2013, vol. 9, no. 1, s. 10-11. ISSN 1801-8718.
- 13) HANUŠ, P. Novela zákona aneb běh na dlouhou trať. *Rezidenční péče*. 2013, vol. 9, no. 4, s. 2. ISSN 1801-8718.
- 14) HASNEDLOVÁ, L. Kam kráčí sestra v sociálních službách? *Rezidenční péče*. 2012, vol. 8, no. 3, s. 12. ISSN 1801-8718.
- 15) HENDL, J. *Úvod do kvalitativního výzkumu*. Praha: Portál, 2005. 408 s. ISBN 978-80-7367-485-4
- 16) HOLMEROVÁ, I., M. VÁLKOVÁ [online]. 2012 [cit. 2013-12-19]. *Zajištění zdravotní péče v rámci procesu transformace sociálních služeb*. Dostupné z http://www.mpsv.cz/files/clanky/11868/Metodika_k_zajisteni_zdravotni_pece.doc.pdf
- 17) HORECKÝ, J. *Návrhy na změnu výplaty a použití příspěvku na péči 2012*. Tábor: APSSCR, 2012. s. 29.
- 18) HORECKÝ, J., L. SVĚT, E. KAPLAN, P. HALUZA. Jsou klienti pobytových zařízení diskriminováni? *Rezidenční péče*. 2012, vol. 8, no. 2, s. 2-7. ISSN 1801-8718.
- 19) HORECKÝ, J. Potřebnost zdravotnického personálu v pobytových zařízeních sociálních služeb. *Sociální služby*. 2013, vol. 15, no. 8-9, s. 38-39. ISSN 1803-7348.
JENTSCHKE STÖKLOVÁ, Z. Naší prioritou jsou efektivní sociální služby. *Rezidenční péče*. 2014, vol. 10, no. 1, s. 2-3. ISSN 1801-8718.
- 20) JEŘÁBKOVÁ V., L. PRŮŠA. *Příspěvek na péči*. Praha: VÚPSV, v.v.i., 2013. 155 s. ISBN 978-80-7416-145-2.
- 21) KOZLOVÁ, L. *Sociální služby*. Praha: Triton, 2005. 79 s. ISBN 80-2754-662-7.
- 22) KAPLANOVÁ, L. Zrušení § 36. *Rezidenční péče*. 2012, vol. 8, no. 2, s. 2-6. ISSN 1801-8718.

- 23) KUČEROVÁ, Z. [online]. 2010 [cit. 2014-06-01]. *Chyby při vykazování zdravotní péče v sociálních zařízeních.* Dostupné z <http://www.vzp.cz/uploads/document/akcent-c-4-2010.pdf>
- 24) KUČEROVÁ, Z. [online]. 2010 [cit. 2014-06-01]. *Úhrady zdravotní péče v ústavech sociálních služeb.* Dostupné z <http://www.zdravky.cz/kongresovy-list/archiv/uh rady-zdravotni-pece-v-ustavech-socialnich-sluzeb-3>
- 25) MALÍKOVÁ, E. *Péče o seniory v pobytových sociálních zařízeních.* 1. vyd. Praha: Grada, 2011. 328 s. ISBN 978-80-247-3148-3.
- 26) MATOUŠEK, O. a kol. *Sociální služby: Legislativa, ekonomika, plánování, hodnocení.* Praha: Portál, 2011. 194 s. ISBN 978-80-262-0041-3.
- 27) MERHAUTOVÁ, I. [online]. 2012 [cit. 2014-06-03]. *Podávání léků v zařízeních sociálních služeb.* Dostupné z <http://zdravi.e15.cz/clanek/sestra/podavani-leku-v-zarizenich-socialnich-sluzeb-463852>
- 28) MERHAUTOVÁ, I., J. HORECKÝ. Podávání léčivých přípravků per os v pobytových zařízeních sociálních služeb. *Sociální služby.* 2012, vol. 14, no. 4, s. 20-21. ISSN 1803-7348.
- 29) MOLEK, J. *Řízení organizací sociálních služeb - vybrané problémy.* Praha: VÚPSV, v.v.i., 2011. 254 s. ISBN 978-80-7416-083-7.
- 30) MPSV ČR. *Diskuzní materiál k východiskům dlouhodobé péče v České republice.* Praha: MPSV ČR, 2010. 80 s. ISBN 978-80-7421-021-1.
- 31) MPSV ČR [online]. 2012 [cit. 2013-12-19]. *Finanční vypořádání poskytnuté dotace v roce 2013.* Dostupné z <http://www.mpsv.cz/cs/16906>
- 32) MPSV ČR [online]. 2013 [cit. 2013-12-19]. *Metodika Ministerstva práce a sociálních věcí ČR pro poskytování dotací ze státního rozpočtu poskytovatelům sociálních služeb a posouzení žádostí o dotaci ze státního rozpočtu v oblasti podpory poskytování sociálních služeb.* Dostupné z <http://www.mpsv.cz/files/clanky/16313/Methodika.pdf>
- 33) MPSV ČR [online]. 2014 [cit. 01.06.2014]. *Operační program Lidské zdroje a zaměstnanost 2007-2013.* Dostupné z <http://mpsv.cz/cs/6018>

- 34) MPSV ČR [online]. 2014 [cit. 2014-06-01]. *Příspěvek na péči*. Dostupné z <http://www.mpsv.cz/cs/8#pp>
- 35) MPSV ČR [online]. 2014 [cit. 2014-07-01]. *Sociální služby*. Dostupné z <http://www.mpsv.cz/cs/18661#sszp>
- 36) MZ ČR [online]. 2013 [cit. 2014-6-01]. *Stanovisko Ministerstva zdravotnictví k podávání léků per os a k indikaci a úhradě výkonu s kódem 06613 odbornosti 913*. Dostupné z http://www.mzcr.cz/Odbornik/dokumenty/stanovisko-ministerstva-zdravotnictvi-k-podavani-leku-per-os-a-k-indikaci-a-uhra_8475_3012_3.html
- 37) NĚMEČKOVÁ, M. a kol. [online]. 2013 [cit. 2014-06-01]. *Projekce obyvatelstva ČR 2013-2100*. Dostupné z [http://www.czso.cz/csu/2013edicniplan.nsf/t/A6003061F5/\\$File/40201301.pdf](http://www.czso.cz/csu/2013edicniplan.nsf/t/A6003061F5/$File/40201301.pdf)
- 38) OECD. *Help Wanted? Provision and Paying for Long-Term Care*. OECD: Paris, 2011. 336 s. ISBN 978 92 64 0975 82
- 39) OECD. *Long-term Care for older People*. OECD: Paris, 2005. 140 s. ISBN 9264008489
- 40) POTŮČEK, M. Jsem pro víceleté financování. *Rezidenční péče*. 2010, vol. 6, no. 1, s. 12. ISSN 1801-8718.
- 41) PROCHÁZKA, J. Financování zdravotní péče v pobytových zařízeních sociálních služeb. *Sociální služby*. 2014, vol. 16, no. 2, s. 12-13. ISSN 1803-7348
- 42) PROŠKOVÁ, E. Podávání léčivých přípravků per os v pobytových zařízeních sociálních služeb: právní analýza. *Sociální služby*. 2013, vol. 15, no. 8-9, s. 34-37. ISSN 1803-7348.
- 43) PRŮŠA, L. *Ekonomická efektivita zajišťování péče o příjemce příspěvku na péči*. Praha: VÚPSV, v.v.i., 2013. 63 s. ISBN 978-80-7416-120-9.
- 44) PRŮŠA, L. a kol. *Poskytování ošetrovatelské a rehabilitační zdravotní péče uživatelům pobytových sociálních služeb v pobytových zařízeních sociálních služeb a v lůžkových zdravotnických zařízeních*. Praha: VÚPSV, v.v.i., 2009. 87 s. ISBN 978-80-7416-030-1.
- 45) PRŮŠA, L. J. HORECKÝ. *Poskytování služeb sociální péče pro seniory v České republice a ve Švýcarsku*. Tábor: APSSCR., 2012. 47 s. ISBN 978-80-904668-3-8.

- 46) REICHEL, J. *Kapitoly metodologie sociálních výzkumů*. 1. vyd. Praha: Grada, 2009. 184 s. ISBN 978-80-247-3006-6
- 47) SHEJBAL, A. [online]. 2014 [cit. 2014-06-01]. *Dotace MPSV jako zdroj financování zaměstnanců v sociálních službách*. Dostupné z <http://osz.cmkos.cz/cz/clanky/29-5-2014-seminar-socialni-sluzby.aspx>
- 48) SVĚT, L. Úhradové dodatky z pohledu financí. *Rezidenční péče*. 2013, vol. 9, no. 1, s. 10-11. ISSN 1801-8718.
- 49) TJADENS, F., F. COLOMBO. Long-term care: valuing care providers. *Eurohealth*. 2011, vol. 17, no. 2-3, s. 13-17. ISSN 1356-1030
- 50) TOUŠA, I., a kol. *Sociální správa: úvod do teorie a praxe*. 2. vyd. Praha: Portál, 2009. 304 s. ISBN 978-80-7367-483-0
- 51) TRIGG, L. Introduction: The demand for long-term care for older people. *Eurohealth*. 2011, vol. 17, no. 2-3, s. 1-2. ISSN 1356-1030
- 52) VÁLKOVÁ, M., I. HOLMEROVÁ, M. KOREJSOVÁ. [online]. 2010 [cit. 2014-06-23]. *Dlouhodobá péče – minulost, současnost a pohled do budoucna – 1. část.*. Dostupné z <http://www.mpsv.cz/cs/8456>
- 53) VÁLKOVÁ, M., I. HOLMEROVÁ, M. KOREJSOVÁ. [online]. 2010 [cit. 2014-06-23]. *Jaké jsou základní strategické úkoly v oblasti dlouhodobé péče v Evropské unii? – 2. část.*. Dostupné z <http://www.mpsv.cz/cs/8640>
- 54) VODIČKA, G. [online]. 2010 [cit. 2014-06-01]. *Co se skrývá za potížemi v sociálních zařízeních?* Dostupné z: <http://www.vzp.cz/uploads/document/infoservis-c-2-2010.pdf>
- 55) VODIČKA, G. [online]. 2010 [cit. 2014-06-01]. *V zařízeních sociální péče jsou zdravotníci nepostradatelní.* Dostupné z <http://www.vzp.cz/uploads/document/infoservis-c-2-2010.pdf>
- 56) Vyhláška č. 55/2011 Sb., v platném znění, o činnostech zdravotnických pracovníků a jiných odborných pracovníků http://www.fnkv.cz/soubory/87/vyhlaska_55-r-2011.pdf
- 57) Vyhláška č. 505/2006 Sb. v platném znění, kterou se provádějí některá ustanovení zákona o sociálních službách.

- 58) Vyhláška č. 472/2009 Sb. v platném znění, kterou se mění vyhláška Ministerstva zdravotnictví č. 132/1998 Sb., kterou se vydává seznam zdravotních výkonů s bodovými hodnotami
- 59) Vyhláška č. 411/2011 Sb. v platném znění, kterou se mění vyhláška Ministerstva zdravotnictví č. 132/1998 Sb., kterou se vydává seznam zdravotních výkonů s bodovými hodnotami
- 60) Vyhláška č. 428/2013 Sb., v platném znění, o stanovení hodnot bodu, výše úhrad hrazených služeb a regulačních omezení pro rok 2014
- 61) VZP ČR. [online]. 2013 [cit. 2014-06-01]. *Metodika pro pořizování a předávání dokladů VZP ČR*. Dostupné z <http://www.vzp.cz/uploads/document/met-v6220.pdf>
- 62) VZP ČR. [online]. 2012 [cit. 2014-06-01]. *Postup při úhradě a nasmlouvání zvláštní ambulantní péče*. Dostupné z <http://www.vzp.cz/poskytovatele/infoservis-a-akcent/infoservis/infoservis-16-2011/postup-pri-uhrade-a-nasmlouvani-zvlastni-ambulantni-pece>
- 63) VZP ČR. [online]. 2011 [cit. 2014-06-01]. *Společné stanovisko VZP ČR, SZP ČR a SPL ČR k novelizaci seznamu zdravotních výkonů v odb. 913*. Dostupné z <http://www.vzp.cz/poskytovatele/informace-pro-praxi/spolecne-stanovisko-vzp-cr-szp-cr-a-spl-cr-k-novelizaci-seznamu-zdravotnich-vykonu-v-odb-913>
- 64) Zákon č. 96/2004 Sb., ve znění pozdějších předpisů, *o nelékařských zdravotnických povolání*.
- 65) Zákon č. 108/2006 Sb., ve znění pozdějších předpisů, *o sociálních službách*.
- 66) Zákon č. 109/2006 Sb., ve znění pozdějších předpisů, *zákon, kterým se mění některé zákony v souvislosti s přijetím zákona o sociálních službách*.
- 67) Zákon č. 48/1997 Sb., ve znění pozdějších předpisů, *o veřejném zdravotním pojištění*.
- 68) ZUSKA, K. [online]. 2011 [cit. 2014-06-05]. *Právní analýza II – Rozbor právního systému České republiky v oblasti sociálních služeb a jejich financování ve vztahu k právu Společenství v oblasti sociálních služeb v obecném zájmu*. Dostupný z: http://podporaprocesu.cz/wp-content/uploads/2013/01/Pravni_analyza_II.pdf.

69) ŽÁČKOVÁ, M. Potřebnost zdravotnického personálu v pobytových zařízeních sociálních služeb. *Sociální služby*. 2013, vol. 15, no. 8-9, s. 38-39. ISSN 1803-7348.

8 Klíčová slova

Pobytová zařízení sociálních služeb

Zdravotní péče

Zdravotní pracovník

Dlouhodobá péče

9 Příloha

Příloha č. 1 - Formulář – poskytovaná zdravotní péče

